

OUI ! Je désire participer à améliorer les soins offerts à ma Coop.

50 \$ 75 \$ 100 \$ 250 \$

Autre _____ \$

RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Prénom : _____

Nom : _____

Adresse : _____

Ville : _____

Province : _____ Code postal : _____

Téléphone : _____

Je désire recevoir votre infolettre.

Courriel : _____

Cette contribution sera versée à la Coop Santé des Monts de Bellechasse.

PAIEMENT

Chèque (libellé à l'ordre de la Fondation de l'Hôpital de Lévis)

 

Numéro de carte

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Date expiration MM/AA

--	--	--	--

Code de sécurité

Signature du détenteur :

Un reçu officiel pour usage fiscal vous sera transmis pour tout don de 20 \$ et plus. No ENR 11892 3317 RR0001