

**Un don à la mémoire d'un être cher.  
Un acte de cœur  
à la santé des gens qui demeurent.**

S.v.p., complétez  
et faites parvenir la présente à :

**La Fondation de l'Hôpital régional  
de Saint-Jérôme  
290, rue Montigny  
Saint-Jérôme (Québec) J7Z 5T3  
450-431-8484**

NOM DU DONATEUR :

.....  
ADRESSE :

.....  
VILLE :

.....  
CODE POSTAL :

.....  
DON INCLUS DE \$

.....  
À LA MÉMOIRE DE :

.....  
PAYÉ PAR :

CHÈQUE     MASTER CARD     VISA

.....  
COMPTE N° :

.....  
EXPIRATION :

.....  
SIGNATURE :

.....  
**PERSONNE À INFORMER DU DON**

NOM :

.....  
ADRESSE :

.....  
VILLE :

.....  
CODE POSTAL :

- .....  
 Reçu requis  
 J'aimerais recevoir de l'information sur le  
don par testament ou par assurance-vie.

NUMÉRO D'ENREGISTREMENT 132867078RR0001

*Merci!*