

Don In Memoriam

LA MARÉE

367, rue St-Étienne, bureau 326, La Malbaie, Qc, G5A 1M3

Organisme qui vient en aide aux parents et ami(e)s de la personne atteinte de maladie mentale

Renseignements sur le donateur :

Titre : _____ Nom : _____
Adresse _____ Ville : _____
_____ Province : _____
Code Postal _____ Pays : _____
Téléphone (____) _____ Télécopieur (____) _____
Courriel _____

Renseignements sur la personne à informer du don :

Titre : _____ Nom : _____
Adresse : _____ Ville : _____
_____ Province _____
Code Postal : _____ Pays : _____

Information sur le don :

*Je souhaiterais faire un don de :

- 20 \$
 25 \$
 50 \$
 Autre _____ \$

Je désire un reçu :

Les reçus fiscaux pour les dons de moins de 10 \$ seront fournis sur demande. Ma contribution est de moins de 10 \$ et je souhaiterais recevoir un reçu fiscal.

*À la mémoire de : _____ Date du décès : _____

Information sur le paiement : Chèque Carte de crédit

*Type de carte : Visa MasterCard American Express

*Nom indiqué sur la carte : _____

*Numéro de la carte : _____

*Date d'expiration: _____ (mm) / _____ (aa)

*Signature du titulaire : _____