



FONDATION SANTÉ
Bécancour-Nicolet-Yamaska

**En donnant à la Fondation, vous contribuez à redonner espoir
en ce bien si précieux qu'est la SANTÉ!**

Nom : _____

Compagnie : _____

Adresse : _____

Courriel : _____ Téléphone : _____

Montant du don: _____ \$ Comptant Chèque

Veuillez libeller votre chèque à l'ordre de : Fondation Santé Bécancour-Nicolet-Yamaska.

Paiement par carte de crédit : Visa Master Card

N° carte : _____ Exp. : _____

Un reçu pour fins d'impôt pour un don de 25 \$ et plus vous sera acheminé si vous le désirez.

Oui, je désire un reçu Non, je ne désire pas de reçu

Pour témoigner ma sympathie, je fais un DON In Memoriam

À la mémoire de : _____

Coordonnées de la famille à aviser :

Nom : _____

Adresse : _____

Les fonds reçus serviront à améliorer et à maintenir les soins et les services dispensés dans toutes
les installations du territoire de Bécancour-Nicolet-Yamaska.

QUEL QUE SOIT LE MONTANT, VOTRE DON EST IMPORTANT!

Merci de votre générosité!

675, rue Saint-Jean-Baptiste • Nicolet • Québec • J3T 1S4

Téléphone : 819 293-2071, poste 52382

fondationsantebny@sss.gouv.qc.ca

N° d'organisme enregistré : 10739 1518RR0001

NEQ : 1142235861