

Nom : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Province : _____ CP : _____

Téléphone : _____ Courriel : _____

Je désire faire un don

Un paiement seulement _____ \$

payable par : Cash Chèque

Visa MasterCard

Carte de crédit _____ Date expiration _____

Veuillez affecter mon don au domaine suivant Fond besoin urgent Autre _____

J'aimerais que mon nom figure de la façon suivante sur
 les listes publiées de reconnaissance des donateurs : _____

_____ Date

_____ Signature

Afin d'inspirer d'autres personnes à donner, j'accepte que mon nom soit ajouté à la liste des donateurs de la
 Fondation et au mur des donateurs.

ou

Je veux rester anonyme. (*Votre nom ne sera ajouté à aucune liste de donateurs.*)

Cadeau en honneur de _____

Fête Anniversaire Graduation Autre : _____

Veuillez indiquer l'adresse de la personne d'honneur pour l'accusé de réception

Comblent l'écart dans les soins de santé au sein de notre communauté

Fondation de l'Hôpital de North Bay et du district

C.P. 2500 North Bay Ontario P1B 5A4

Téléphone: 495-8125 Télécopieur: 495-8121

CHARITABLE NO. 88773 1123 RR0001