

**OUI, JE VEUX FAIRE UNE DIFFÉRENCE !**

**S.V.P. ÉCRIRE EN LETTRES MOULÉES**

Prénom :	Nom :
Adresse :	
Ville :	Code postal :
Téléphone (rés.) :	Téléphone (bur.) :
Courriel :	

**JE DÉDIE MON DON :**

- À la recherche  
 À l'enseignement  
 À l'amélioration des soins et des services

**JE FAIS UN DON AU MONTANT DE :**

20 \$   
  50 \$   
  100 \$   
  500 \$   
  Autre \_\_\_\_\_ \$

**MODE DE PAIEMENT**

Chèque à l'ordre de la Fondation Robert-Giffard  
 Visa  
 Mastercard

Exp. : \_\_\_\_/\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_

*Un reçu aux fins de l'impôt sera émis pour chaque don de 20 \$ et plus, ou sur demande.*

- Je désire recevoir des renseignements sur les dons par testament et autres dons planifiés  
 Je désire garder l'anonymat

**BIEN VOULOIR RETOURNER CE FORMULAIRE À :**

FONDATION ROBERT-GIFFARD  
 2601, chemin de la Canardière  
 Québec (Québec) G1J 2G3  
 Téléphone : (418) 663-5155 • Télécopieur : (418) 663-8153  
 NE : 141761155RR0001