Fondation Robert-Giffard
Institut universitaire en santé mentale de Québec

FORMULAIRE DE DON IN MEMORIAM

S.V.P. ÉCRIRE EN LETTRES MOULÉES

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

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 :_____

À la mémoire de : _____

LA FONDATION ROBERT-GIFFARD VOUS REMERCIE CHALEUREUSEMENT DE VOTRE CONTRIBUTION ET EN AVISERA LA FAMILLE, CI-DESSOUS MENTIONNÉE :

Prénom :	Nom :
Adresse :	
Ville :	Code postal :

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