

Formulaire de don in memoriam

Don in memoriam

Je désire appuyer la recherche sur les maladies oculaires et, de ce fait, la prévention de la cécité.

Je fais un don au montant de :

Montant du don

- 25 \$
 50 \$
 75 \$
 100 \$
 Autre montant : _____

Mode de paiement

- Chèque libellé à l'ordre de :
Fondation des maladies de l'oeil
- Carte de crédit
- Visa MasterCard

Numéro de carte :

Date d'échéance :

Nom du détenteur :

Signature :

Vos coordonnées

Nom :

Prénom :

Adresse :

Ville :

Province :

Code postal :

Téléphone :

Adresse courriel :

Don in memoriam

À la mémoire de : _____

La fondation des maladies de l'oeil informera la famille de votre don.

Famille : _____

Adresse : _____

Ville : _____

Code postal : _____

Je recevrai automatiquement un reçu aux fins d'impôt si mon don est de 10\$ ou plus (ou sur demande si moins de 10\$)

Reçu s.v.p. :

No d'enregistrement : 134410109 RR 0001



1100, rue Bouvier
Bureau 010
Québec (Québec) G2K 1L9
www.fondationdesmaladiesdeloeil.org
Téléphone : 418 654-0835
Sans frais : 1 877 654-0835
Télécopieur : 418 654-1576
Courriel : fondation.oeil@qc.aira.com