

Donation Form – Select A or B

A. One-time donation of \$ \_\_\_\_\_

Payable by:  Cash  Cheque

Credit card :  Visa  Mastercard  American Express Credit card #: \_\_\_\_\_

Expiry date: \_\_\_\_\_ Signature: \_\_\_\_\_

B. A total gift of \$ \_\_\_\_\_ With \_\_\_\_\_ payments made over \_\_\_\_\_ months \_\_\_\_\_ years.

Payable by:  cash  post dated cheques  other\*

Pre-authorized bank payment (include a void cheque)

Credit Card :  Visa  Mastercard  American Express Credit card #: \_\_\_\_\_

Expiry date: \_\_\_\_\_ Signature: \_\_\_\_\_

\* Please contact our coordinator to make arrangements for payments

Please direct my gift to:  immediate needs  to the Foundation

In memory of \_\_\_\_\_

In celebration of \_\_\_\_\_

Donor's Name: \_\_\_\_\_

Mailing address: \_\_\_\_\_ City: \_\_\_\_\_

Province: \_\_\_\_\_ Postal Code : \_\_\_\_\_ Telephone : \_\_\_\_\_

A RECEIPT WILL BE ISSUED FOR DONATIONS OF \$20 OR MORE

If you want the foundation to send a notification of your gift, please complete this form:

Name: \_\_\_\_\_

Mailing address: \_\_\_\_\_

City: \_\_\_\_\_ Province: \_\_\_\_\_ Postal Code: \_\_\_\_\_

**You can bring this form to the hospital central reception or send by mail to:**

La Fondation de l'Hôpital Notre-Dame Hospital, Hearst Ontario  
P.B. Box 8000, Hearst, Ontario P0L 1N0 or by fax at 705.362.2923

Formulaire de don - Choisir A ou B

A. Un paiement seulement au montant de \_\_\_\_\_ \$

Mode de paiement :  comptant  chèque

Carte de crédit :  Visa  Mastercard  American Express No. de carte : \_\_\_\_\_

Date d'expiration : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_

B. Un total de \_\_\_\_\_ \$ en \_\_\_\_\_ versements étalés sur \_\_\_\_\_ mois \_\_\_\_\_ années.

Mode de paiement:  comptant  chèque

retrait préautorisé de mon compte bancaire (joindre un chèque annulé)

Carte de crédit :  Visa  Mastercard  American Express No. de carte : \_\_\_\_\_

Date d'expiration : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_

Veuillez communiquer avec la coordonnatrice pour préciser les modalités des versements.

Veuillez appliquer mon don comme suit :  aux besoins urgents  à la fondation

En mémoire de \_\_\_\_\_

En honneur de \_\_\_\_\_

Nom du donateur/de la donatrice : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Province : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

Un reçu d'usage fiscal sera remis pour les dons de 20\$ ou plus.

Si vous désirez que la fondation avise la famille ou la personne honorée,  
veuillez nous fournir les informations nécessaires :

Nom : \_\_\_\_\_

Adresse postale: \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Province : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Ce formulaire complété peut être retourné par la poste à  
La Fondation de l'Hôpital Notre-Dame Hospital, Hearst Ontario, S.P. 8000, Hearst, Ontario P0L 1N0  
ou par télécopieur au 705.362.2923 ou remis en personne au bureau de réception de l'hôpital.