



CARTE DE DON

INFORMATIONS :

35 \$ 50 \$ 75 \$ 100 \$ Je préfère donner : _____ \$

Veillez appliquer mon don comme suit :

Besoins urgents

Je préfère contribuer à : _____
(programme de votre choix)

Ce don est en mémoire / en l'honneur / en célébration de : _____
(veuillez encercler un choix)

Nom et adresse de la famille endeuillée / personne à qui on rend hommage ou qu'on célèbre :

M. Mme Mlle

Nom : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Province : _____ Code Postal : _____

Téléphone: _____ Télécopieur : _____ Courriel : _____

Je vous envoie mon chèque ou mandat-poste, payable à La Fondation de l'Hôpital d'Ottawa

Veuillez facturer ma carte : VISA MasterCard Amex

Nom du détenteur de la carte : _____

N° de la carte : _____

Date d'expiration : _____ Signature du détenteur de la carte : _____

Veillez envoyer ce formulaire par télécopieur à l'attention de La Fondation de l'Hôpital d'Ottawa au (613) 761-5014 ou par la poste avec un chèque à l'attention de : La Fondation de l'Hôpital d'Ottawa, 737 avenue Parkdale, 1^{er} étage, Ottawa (Ontario) K1Y 1J8.

Pour de plus amples renseignements, veuillez téléphoner au (613) 761-4295 ou par courriel fondation@hopitalottawa.on.ca