

### Identification du donateur

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

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

Ville : \_\_\_\_\_

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

Téléphone : (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

### Voici le montant de mon don :

25 \$    50 \$    100 \$    250 \$    500 \$    autre : \_\_\_\_\_ \$

<input type="checkbox"/> Par chèque <small>(libellé à l'ordre de la Fondation SSSM)</small>			
<input type="checkbox"/> En argent comptant			
<input type="checkbox"/> Par carte de crédit	<input type="checkbox"/> VISA	<input type="checkbox"/> MASTER CARD	<input type="checkbox"/> AMERICAN EXPRESS
Numéro :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Expiration :	____ / ____	Signature :	_____
	<small>mois      année</small>		<small>obligatoire</small>

**Votre contribution sera affectée dans le fonds général de la Fondation de la santé et des services sociaux de Manicouagan, afin de répondre aux besoins priorités du Centre intégré de santé et de services sociaux de la Côte-Nord – région Manicouagan.**

Si vous désirez **diriger votre don vers l'une des trois missions des établissements de santé de notre région**, veuillez le cocher ci-dessous :

- Hospitalier (Hôpital Le Royer)       Communautaire (CLSC)
- Hébergement et soins de longue durée (CHSLD) : N.-A.- Labrie et Boisvert)

Un reçu cumulatif pour déclarations fiscales vous sera expédié en fin d'année.  
Numéro d'organisme enregistré : 88529 6756 RR0001

Pour **contribuer mensuellement** par prélèvement bancaire préautorisé, ou par carte de crédit, veuillez vous référer au formulaire de don mensuel.

## Merci de votre générosité !

Remplir le formulaire de souscription ci-dessus et le poster à :  
Fondation de la santé et des services sociaux de Manicouagan  
635, boulevard Jolliet, Baie-Comeau (Québec) G5C 1P1