

Don à la mémoire

Nom du donateur : _____ Titre (s'il y a lieu) : _____

Entreprise (s'il y a lieu) : _____

Adresse : _____

Ville : _____ QC Code postal : _____

Téléphone : _____ Télécopie : _____

Courriel : _____

À la mémoire de (Nom de la personne décédée) : _____

MODE DE PAIEMENT

Montant du don : _____ \$

- Chèque Mandant-poste ci-annexé.

Signature : _____ Date : _____

- Carte de crédit : *Visa* *MasterCard*

Numéro de carte : _____ Date d'expiration (MM/AA) : _____

Nom (titulaire) : _____ Code de sécurité (CCC) : _____

Signature : _____ Date : _____

CONDOLÉANCES À L'INTENTION DE :

Nom : _____

Adresse : _____

Ville : _____ QC Code postal : _____

Le reçu* émis au nom de (si différent du donateur) : _____

* Un reçu pour fins d'impôt sera émis pour tout don de 50 \$ et plus.

Numéro d'enregistrement : 121134316RR0001

« Banques alimentaires Québec »

Agence de revenu du canada

ARC.gc.ca/bienfaisance