



Association canadienne de soins palliatifs
Canadian Hospice Palliative Care Association

Pour des soins palliatifs de qualité – Ensemble, nous pouvons faire une différence!

Je désire faire un don à la mémoire d'un être cher. Voici mon don ...

Vous trouverez ci-joint un don ponctuel de :

100 \$ 75 \$ 50 \$ 45 \$ Autre _____

Mode de paiement :

Chèque (Veuillez faire votre chèque à l'ordre de l'Association canadienne de soins palliatifs)

Carte de crédit (Veuillez indiquer les renseignements suivants.)

Informations sur la carte de crédit :

VISA MasterCard

Numéro de la carte : _____

Date d'expiration : _____ Numéro de cvv: _____

Nom apparaissant sur la carte : _____

Signature : _____

Ce don est fait à la mémoire de _____.

Veuillez envoyer un avis de don à :

(Veuillez indiquer le nom et l'adresse de la ou des personnes auxquelles vous désirez que l'avis soit envoyé.)

Informations me concernant pour les besoins du reçu :

Nom : _____

Adresse : _____

Ville: _____ Province : _____ Code postal: _____

Courriel: _____

Numéro de téléphone: _____

Envoyer à :

**l'Association canadienne de soins palliatifs
annexe D, Hôpital Saint-Vincent,
rue Cambridge nord, Ottawa (Ontario) K1R 7A5**

À moins d'une demande, les reçus pour fin d'impôt sont émis pour les dons de 10 \$ ou plus. Numéro d'organisme de charité : 13760 4195 RR 0001