



DON IN MÉMORIAM

À la mémoire de : M. _____ Mme. _____

Nom du donateur :

Adresse :

Ville :

Code postal :

DON INCLUS AU MONTANT DE \$ _____

Les chèques doivent être émis à l'ordre de Dysphasie-Estrie

- Voulez-vous un reçu pour votre don ? oui non
(Dysphasie-Estrie peut délivrer des reçus pour fins d'impôt)
- Voulez-vous que la famille soit avisée que vous nous avez fait parvenir un don
(le montant ne sera pas indiqué)? oui non

Si oui indiquer nom et adresse de la famille :

VEUILLEZ S.V.P. RETOURNER CETTE FEUILLE AVEC VOTRE REMISE À

Dysphasie-Estrie

600 rue Woodward, bureau 200

Sherbrooke (QC)

J1G 1W3

DYSPHASIE-ESTRIE VOUS REMERCIE!

