



Fondation Espace pour la vie, 4101, rue Sherbrooke Est, Montréal (Québec) H1X 2B2,
Tél. : 514 872-6956 Téléc. : 514 872-8438 — info@fondationespacepourlavie.ca

FORMULAIRE DE DON IN MEMORIAM

Ce formulaire vous permet d'effectuer un don en mémoire d'une personne décédée.

Nous vous remercions de votre générosité.

TYPE DE DON

Personnel Corporatif

IDENTIFICATION DU DONATEUR

Madame Monsieur

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse (résidence) : _____

Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____

Entreprise : _____ Adresse (Travail) : _____

Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____

Tél. (rés.) : _____ Tél. (bur.) : _____

Tél. (cell.) : _____ Téléc. : _____

Courriel (rés.) : _____ Courriel (bur.) : _____

Date de naissance : _____ Référé par : _____

Informations sur la personne décédée

Madame Monsieur

Nom : _____ Prénom : _____

Date du décès (si connue) : _____
Année Mois Jour

Désirez-vous que nous avisions un membre de la famille de votre don ? (sans préciser le montant) Oui Non

Si oui : coordonnées de la personne à aviser

Madame Monsieur

Nom : _____ Prénom : _____

Lien avec le défunt (ex. : Soeur, conjoint(e), etc.) : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____

Numéro de téléphone de la personne à aviser : _____

Courriel de la personne à aviser : _____

Veillez indiquer le montant de votre don ainsi que les informations relatives à votre carte de crédit ou votre compte bancaire au verso de ce formulaire.

DON

Veullir inscrire le montant de votre don _____ \$.

Votre mode de paiement : Chèque
 Carte de crédit
 Virement bancaire

INFORMATIONS – CARTE DE CRÉDIT

À remplir seulement si vous faites un don par carte de crédit

Carte de crédit : Visa Master Card

Numéro de la carte : Date d'expiration : /

Nom du détenteur (si différent du donateur) : _____

J'autorise la Fondation Espace pour la vie à effectuer des prélèvements selon les renseignements ci-dessus.

Signature : _____ Date : _____

INFORMATIONS – COMPTE BANCAIRE

À remplir seulement si vous faites un don par prélèvements préautorisés (PPA)

Nom de l'institution financière : _____

Adresse de l'institution financière : _____

Numéro de transit : _____ Numéro de compte : _____

J'autorise la Fondation Espace pour la vie à effectuer des prélèvements selon les renseignements ci-dessus.

Signature : _____ Date : _____

AUTORISATION

- J'accepte que mon nom soit publié en fonction de ma contribution à la Fondation Espace pour la vie dans les outils de communication suivants : site internet, rapport annuel, tableau d'honneur.
- J'accepte de recevoir les communications de la Fondation Espace pour la vie **par la poste**.
- J'accepte de recevoir les communications de la Fondation Espace pour la vie **par courriel**.

SVP, faire parvenir votre chèque et le formulaire par la poste ou le formulaire par télécopieur.

Fondation Espace pour la vie

4101, rue Sherbrooke Est, Montréal (Québec) H1X 2B2 – Tél. : 514 872-6956 – Téléc. : 514 872-8438

Un reçu fiscal est automatiquement émis pour les dons de 20 \$ et plus.

Numéro d'enregistrement / Organisme de charité : 89742 6334 RR0001

La Fondation Espace pour la vie vous remercie de votre soutien.