

2465, rue Honoré-Mercier, bureau 225, Sainte-Rose, Laval, Québec, H7L 2S9 ; Téléphone : 450 622-1414

Montant du don

100 \$ 75 \$ 50 \$ 25 \$ Autres (spécifiez) : \$

Informations du donateur pour le reçu fiscal

Genre de donateur : Individuel ou Corporatif / groupe

NOM : _____ PRÉNOM : _____

Ou NOM D'ENTREPRISE / DE GROUPE : _____

TITRE DE POSTE : _____

Adresse : _____ Apt / bureau : _____

Ville : _____ Code postal / ZIP : _____

Pays / État : _____ Téléphone : _____

Courriel : _____

Un reçu fiscal vous sera délivré ultérieurement.

Argent comptant ou *Chèque

*Votre chèque doit être fait au nom de Fibromyalgie Laval et posté à l'adresse suivante :

2465, rue Honoré-Mercier, bureau 225, Sainte-Rose, Laval, Québec, Canada, H7L 2S9

Date : _____ Signature : _____