



# FAIRE UN DON

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_

Province : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_

## Montant :

Don unique ou  Don annuel (retiré le 15<sup>e</sup> jour de \_\_\_\_\_ (mois))

**50 \$**    **75 \$**    **100 \$**    **250 \$**   \_\_\_\_\_ \$ Autre

Don mensuel à partir de 15<sup>e</sup> jour de \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ (mois/année)

**15 \$**    **25 \$**    **35 \$**    **45 \$**   \_\_\_\_\_ \$ Autre

## Paiement :

**Chèque libellé à l'Association des Stomisés Richelieu-Yamaska**

*(pour un don mensuel, veuillez inclure un chèque annulé)*

Veuillez, s'il vous plaît, poster ce formulaire rempli à :  
Association des Stomisés Richelieu-Yamaska  
Case postale 183, Saint-Hyacinthe (Québec) J2S 7B4

**[www.stomisesry.com](http://www.stomisesry.com)**