

# FORMULAIRE DE DON IN MEMORIAM

## Don in memoriam

Je désire appuyer la recherche sur les maladies oculaires et, de ce fait, la prévention de la cécité. Je fais un don au montant de :

Montant du don :

- 25 \$  
 50 \$  
 75 \$  
 100 \$  
 Autre montant : \_\_\_\_\_

## Mode de paiement

- Chèque libellé à l'ordre de : Fondation des maladies de l'oeil  
 Carte de crédit  
 Visa     MasterCard

Numéro de carte :

\_\_\_\_\_

Date d'échéance :

\_\_\_\_\_

Nom du détenteur :

\_\_\_\_\_

Signature :

\_\_\_\_\_

1100, rue Bouvier Bureau 010 Québec  
(Québec) G2K 1L9

[www.fondationdesmaladiesdeloeil.org](http://www.fondationdesmaladiesdeloeil.org)

Téléphone : 418 654-0835

Sans frais: 1 877 654-0835

Télécopieur: 418 654-1576

Courriel: [fondation.oeil@qc.aira.com](mailto:fondation.oeil@qc.aira.com)

## Vos coordonnées

Nom :

\_\_\_\_\_

Prénom :

\_\_\_\_\_

Adresse :

\_\_\_\_\_

Ville :

\_\_\_\_\_

Province :

\_\_\_\_\_

Code postal :

\_\_\_\_\_

Téléphone :

\_\_\_\_\_

Adresse courriel :

\_\_\_\_\_

## Don in memoriam

À la mémoire de : \_\_\_\_\_

La fondation des maladies de l'oeil informera la famille de votre don.

Famille : \_\_\_\_\_

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

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

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

Je recevrai automatiquement un reçu aux fins d'impôt si mon don est de 10 \$ ou plus (ou sur demande si moins de 10\$)

Reçu s.v.p.:

No d'enregistrement: 134410109 RR 0001



**Fondation des  
maladies de l'oeil**  
Voir • Savoir • Prévoir