



FORMULAIRE DON DE NOËL



Maison des greffés
Lina Cyr

IDENTIFICATION (*CHAMPS OBLIGATOIRES) :

NOM : PRÉNOM :

ADRESSE :

VILLE : PROVINCE :

CODE POSTAL :

COURRIEL :

TÉL. :

MODALITÉS DE PAIEMENT :

Faire un don de:

25\$ 50\$ 75\$

100\$ 150\$ Autre \$



Maison des greffés
Lina Cyr

1989, rue Sherbrooke Est
Montréal (Québec)
H2K 1B8
Téléphone: 514-527-8661
Télécopieur: 514-527-8663
www.maisondesgreffes.com

Oui, je veux aider la Maison des greffés Lina Cyr

Je désire recevoir un reçu d'impôt.

Veillez compléter les renseignements
demandés ci-contre pour l'envoi de votre reçu:

Chèque ci-joint

(à l'ordre de la Maison des greffés Lina Cyr)

VISA



<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

N° carte de crédit

Date d'exp.: __/20__

CVC: _____

Signature: _____

Tél.: () _____ - _____

Prénom: _____ Nom: _____

Adresse: _____

Ville: _____ Province: _____

Code postal: _____

Courriel : _____