



FONDATION  
CHIROPRATIQUE  
DU QUÉBEC

## DON IN MEMORIAM

DONATEUR (TRICE) : \_\_\_\_\_

ADRESSE : \_\_\_\_\_  
(no) (rue)

\_\_\_\_\_ (ville)

\_\_\_\_\_ (province)

\_\_\_\_\_ (code postal)

CI-JOINT, MON DON DE : \_\_\_\_\_ \$

À LA MÉMOIRE DE : \_\_\_\_\_

COCHEZ ICI SI VOUS DÉSIREZ UN REÇU

### Modalités du paiement:

Date: \_\_\_\_\_

Chèque (à la Fondation de recherche chiropratique du Québec)

Veuillez porter le montant de \_\_\_\_\_ \$ sur ma carte de crédit.

Visa

Master Card

American Express

No. De la carte: \_\_\_\_\_

Date d'expiration: \_\_\_\_\_

Signature du détenteur: \_\_\_\_\_

**2. Si vous voulez que la Fondation avise la famille en deuil, remplissez la partie ci-dessous. La Fondation ne révèle pas le montant de votre don.**

COCHEZ ICI SI NOUS DEVONS AVISER LA FAMILLE EN DEUIL

### PERSONNE (S) À INFORMER DU DON

PRÉNOM ET NOM : \_\_\_\_\_

ADRESSE : \_\_\_\_\_  
(no) (rue)

\_\_\_\_\_ (ville)

\_\_\_\_\_ (province)

\_\_\_\_\_ (code postal)

Adresse : 7960, boul. Métropolitain Est, Anjou (QC) H1K 1A1  
352-7366

Téléphone: (514) 352-0270

Télécopie: (514)

E-mail: [info@fondationchiropratique.ca](mailto:info@fondationchiropratique.ca)