



Association québécoise
de soins palliatifs

FORMULAIRE DE DON

Votre prénom : _____

Votre nom : _____

Nom de l'entreprise qui fait le don (s'il y a lieu) : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Code postal : _____

Courriel : _____

J'appuie la mission de l'AQSP par un don de (cocher ou indiquer montant du don) :

100\$CAD 75\$CAD 50\$CAD 30\$CAD 10\$CAD

Autre montant : _____ \$CAD

Cocher si vous souhaitez un reçu pour fin d'impôt

Veillez noter qu'en date du 8 février 2024, l'AQSP ne peut émettre de reçu de don.

(Facultatif) Ce don est à la mémoire de : _____

Imprimer et retourner ce formulaire par la poste ainsi que le chèque de don à :

Association québécoise de soins palliatifs
1130 Rue de Montbrun, Boucherville
Québec, J4B 8W6

NUMERO D'ORGANISME DE BIENFAISANCE : 892588849RR0001

(514) 826-9400 – info@aqsp.org