

## **IDENTIFICATION DU DONATEUR**

NOM ET PRÉNOM : \_\_\_\_\_

ADRESSE : \_\_\_\_\_

VILLE : \_\_\_\_\_ CODE POSTAL : \_\_\_\_\_

DATE : \_\_\_\_\_

**DON INCLUS DE : \_\_\_\_\_ \$  CHÈQUE  ARGENT**

## **VEUILLEZ COCHER LE TYPE DE DON**

- LES SOINS PALLIATIFS**
- LA RÉSIDENCE AU COEUR DES RIVIÈRES (CHSLD)**
- LE SECTEUR FAMILLE-ENFANCE-JEUNESSE**
- LES ÉQUIPEMENTS MÉDICAUX SPÉCIALISÉS**
- AUTRE : \_\_\_\_\_**

Pour tout don de 10 \$ et plus, un reçu pour fins d'impôt sera émis au donateur.

**Faire parvenir votre don à l'adresse suivante :**

CISSS de la Côte-Nord  
Installation de Port-Cartier  
3, rue De Shelter Bay  
Port-Cartier (Québec) G5B 2W9

*Merci de votre générosité!*