

Nom de famille / Last name		Prénom / First name	
Compagnie / Company			
Adresse / Address			
Don / Donation			
DON (svp indiquez le montant) DONATION (please indicate amount) _____ \$ In memoriam <input type="checkbox"/> ou / or En l'honneur / in honour of <input type="checkbox"/>		Information pour la carte In memoriam ou En l'honneur / Information for the in memoriam or in honour card	
Pour célébrer / To celebrate _____ (occasion)		Langue / Language FR <input type="checkbox"/> EN <input type="checkbox"/>	
De la part de / On behalf of _____		Nom du destinataire / Name of recipient _____	
Don à la mémoire de / Donation in the memory of _____		Adresse / Address _____	
De la part de / From _____		Ville / City _____	
		Province _____ Code postal / Postal code _____	
		De la part de / On behalf of _____	
		Texte qui doit apparaître sur la carte / Text to appear on card _____ _____	
		Nom de la personne décédée ou honorée / Name of the deceased or honoured _____	
Paiement / Payment			
Paiement par chèque / Payment by cheque		Paiement par carte de crédit / Credit card payment	
Chèque à l'ordre de / Cheque payable to Groupe de recherche des maladies rhumatismales du Québec		MC <input type="checkbox"/> Visa <input type="checkbox"/> Amex <input type="checkbox"/>	
1551 rue Ontario Est Montréal QC H2L 1S6		Numéro / Number _____	
		Expiration _____	
		Nom du détenteur / Cardholder Name _____	
		Signature _____	
		Date _____	
Reçu d'impôt à l'ordre de / Tax receipt in the name of		<input type="checkbox"/> même information que ci-haut / same information as above	
Nom / Name _____		Compagnie / Company _____	
Adresse / Address _____			
		Tel. _____	

Prière de retourner votre formulaire complété par la poste à l'adresse ci-haut mentionnée ou par /

Please send your completed form by mail to the address above or by

Télécopie / Fax 514-412-7582 ou/ou Courriel / Email santa.fiori.chum@ssss.gouv.qc.ca (Tél. 514-890-8000 ext. 25114)