



FORMULAIRE DON

S.V.P. Veuillez compléter et nous retourner le formulaire à l'adresse indiquée ci-dessous

Nom :		Prénom :	
Entreprise :			
Adresse :			
Ville :		Code postal :	
Province :	Téléphone #1 :	Téléphone #2 :	
Courriel :			

Je désire faire un don de :


10 \$ 20\$ 30\$ Autres _____

Reçu de charité Oui Non

Libellez votre chèque ou mandat poste au nom de : Dysphasie Lanaudière

Postez à l'adresse indiquée :



	<input type="checkbox"/>
Dysphasie Lanaudière 2500, boulevard Mascouche, local 215 Mascouche (Québec) J7K 0H5	