

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

Ville : _____

Code postal : _____

Courrier électronique : _____

Téléphone : _____

Entreprise : _____

Je désire devenir membre de la Fondation du Centre de réadaptation Ubald-Villeneuve (25 \$ par année).

Je désire faire un don de _____ \$ sans devenir membre.

Paiement : **(S.V.P. ne pas envoyer d'argent comptant)**

Chèque* Mandat-poste Visa MasterCard

N° de la carte : _____ Exp. : _____

Signature : _____

* Émettre le chèque à l'ordre de **Fondation CRUV**

Je désire recevoir un reçu pour usage fiscal émis au nom de :

**Fondation
du Centre de réadaptation
Ubald-Villeneuve**



2525, chemin de la Canardière, Québec (Québec) G1J 2G3
Tél. : 418 663-5008 poste 4957 • Téléc. : 418 687-3585
www.fondationcruv.qc.ca N° d'enregistrement : 88885 6465 RR0001