



**FHC  
PONTIAC .Org**

Fondation de l'hôpital communautaire du Pontiac  
Pontiac Community Hospital Foundation

200, rue Argue, Shawville, Québec J0X 2Y0

**Je souhaite faire un don à la Fondation de l'hôpital  
communautaire du Pontiac (FHC Pontiac).**

**MONTANT DU DON** \_\_\_\_\_ \$

*(Un reçu officiel sera remis pour tout don de 5 \$ et plus.)*

**GENRE DE DONATEUR**

Personnel     Corporatif ou Groupe

**VOS RENSEIGNEMENTS PERSONNELS**

Prénom \_\_\_\_\_

Nom de famille \_\_\_\_\_

Nom d'entreprise/de Groupe \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Adresse *(rue, village, province, code postal)*

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Téléphone \_\_\_\_\_

*Veillez cocher cette case si vous désirez que ce  
don soit anonyme.*

**MESSAGE À L'INTENTION DE LA FONDATION**

Veillez libeller votre chèque à l'ordre de :  
La Fondation de l'hôpital communautaire du Pontiac

**Merci pour votre contribution!**



**FHC  
PONTIAC .Org**

Fondation de l'hôpital communautaire du Pontiac  
Pontiac Community Hospital Foundation

200 Argue St., Shawville, Québec J0X 2Y0

**I wish to make a donation to the Pontiac  
Community Hospital Foundation (FHC Pontiac).**

**IN THE AMOUNT OF \$** \_\_\_\_\_

*(An official receipt will be issued for donations of \$5 or more.)*

**TYPE OF DONOR**

Personal     Corporate or Group

**YOUR PERSONAL INFORMATION**

First Name \_\_\_\_\_

Last Name \_\_\_\_\_

Business or Group Name \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Address *(Street, Town, Province, Postal Code)*

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Telephone \_\_\_\_\_

*Please check this box if you would like your donation  
to be anonymous.*

**MESSAGE TO THE FOUNDATION**

Please make your cheque payable to:  
The Pontiac Community Hospital Foundation

**Thank you for your contribution!**