



Date : ____ / ____ / ____

FORMULAIRE DE DON

Prénom : _____ Nom de famille : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Province : _____

Code postal : _____ Téléphone : _____

Montant du don : _____ \$

comptant chèque (à l'ordre de l'Association Le P.A.S.)

Signature : _____

- 1) Je désire recevoir un reçu pour fin d'impôt au nom et à l'adresse ci-dessus
(l'Association Le P.A.S. fera parvenir un reçu d'impôt pour un don de 15\$ ou plus).

oui non

- 2) Je désire recevoir des nouvelles au sujet des activités de l'Association Le P.A.S.

oui non

Courriel : _____

L'Association Le P.A.S. est un organisme de bienfaisance enregistré.
Pour obtenir plus d'information, vous pouvez communiquer avec nous par courriel à :
lepas@cdcbbf.qc.ca ou visiter notre site Internet : **www.lepas.ca**

**MERCI DE SOUTENIR LA CAUSE DES MEMBRES
DE L'ENTOURAGE DE LA PERSONNE ATTEINTE
DE MALADIE MENTALE**

Association Le P.A.S.
59, rue Monfette, local 110
Victoriaville (Québec), G6P 1J8
Tél. : 819-751-2842 Téléc. : 819-758-8270
lepas@cdcbbf.qc.ca
www.lepas.ca