



Maison des greffés  
Lina Cyr



à la  
Mémoire de : \_\_\_\_\_

Nom du donateur

Prénom :

Nom :

Adresse :

Ville :

Code postal :

Province :

*Merci de vous greffer à nous !*

Je désire aider les greffés pour une deuxième chance à la vie  
Voici mon don :

25 \$     50 \$     75 \$     100\$     150\$    Autre

Veuillez faire parvenir le don à  
l'adresse suivante :

1989, rue Sherbrooke Est,  
Montréal, (Québec) H2K 1B8  
Téléphone : 514-527-8661  
Télécopieur : 514-527-8663  
www.maisondesgreffes.com

CHÈQUE CI-JOINT



(à l'ordre de la Maison des greffés Lina Cyr)

N° carte de crédit

Date d'exp.: \_\_\_\_\_ 20|\_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

\*Je désire recevoir un reçu pour fin d'impôt.  
Des reçus aux fins fiscales seront émis pour  
tout don de 25\$ et plus.