

DON À LA FONDATION DU PROGRAMME D'AIDE AUX MÉDECINS DU QUÉBEC

MONTANT DU DON: _____ \$

Dénomination officielle du donateur: _____

Nom de la personne responsable: _____ Titre professionnel: _____

Adresse postale: _____

Tél.: _____ Télécopieur: _____

Adresse courriel: _____

MODE DE PAIEMENT

☐ **PAIEMENT PAR CARTE DE CRÉDIT**

Visa ☐ MasterCard ☐

Numéro de la carte de crédit: _____

Nom du titulaire: _____

Date d'expiration: _____

Signature: _____

☐ **PAIEMENT PAR CHÈQUE**

Veuillez libeller votre chèque à l'ordre de la **Fondation du PAMQ** et le faire parvenir, accompagné du formulaire, à l'adresse suivante:

Fondation du PAMQ
1, boulevard René-Lévesque Est, Bureau 200
Montréal (Québec) H2X 3Z5

Une confirmation de paiement vous sera acheminée par la suite.

Pour soumettre votre formulaire par courriel

CLIQUEZ ICI

Vous pouvez également soumettre votre formulaire par télécopieur au: 514 397-0654.

MERCI DE VOTRE APPUI À LA FONDATION DU PAMQ!