 Cooperative funéraire de St-Hyacinthe

Annexe 1

FORMULAIRE DE DEMANDE DE DON

Norn de l'organisme à but non lucratif :

Adresse postale :

Téléphone : Courriel : \_\_\_ Personne responsable : \_\_\_
Mission de l'organisme :

Précisez à quoi va servir le don accorde :

SVP, veuillez nous faire parvenir un suivi écrit dans les 6 mois qui suivent la réception du don.

Signature : Date de la demande : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**N.B. Faire parvenir votre demande à** **direction@rfmaska.coop** **avant le 31 juillet 2024.**