**Coopérative funéraire de St-Hyacinthe**

**Annexe 1**

FORMULAIRE DE DEMANDE DE DON

**Nom de l'organisme à but non lucratif :**

**Adresse postale**

**Téléphone :**  **Courriel :**  **Personne responsable :**  **Mission de l’organisme :**

Précisez à quoi va servir le don accordé

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 mai 2023.**