

DEMANDE DE FINANCEMENT

Date : _____

Identification de la personne responsable

Nom du professionnel de la santé : _____

Téléphone : _____ Poste : _____

Courriel : _____

Nom du programme et de la direction : _____

Détails de la demande

Demande de base : _____

Objet de la demande : _____

Montant demandé : _____ (Obligatoire)

Étant donné que la Fondation répond aux demandes d'aide financière en dernier recours, à quelles autres ressources avez-vous fait appel?

Résultats de la recherche financière : _____

Raison du refus : _____

Gestionnaire de programme : _____

Signature : _____

À NOTER : Toutes les demandes doivent être acheminées au conseil d'administration

Courriel : info@fondationclscvieuxlachine.ca

Adresse : CLSC de Dorval-Lachine & de LaSalle, 1900, rue Notre-Dame, Lachine Qc H8S 2G2

Les factures doivent être acheminées par courriel ou par la poste aux mêmes adresses.