



Prix de reconnaissance pour le don d'organe d'Ambulance Saint-Jean

Ambulance Saint-Jean reconnaît les personnes, décédées ou vivantes, qui ont sauvé ou tenté de sauver une vie en faisant un don d'organes plein (cœur, poumons, reins, foie, pancréas ou intestin grêle) ou de tissus (cornée, valvules cardiaques, tendons, peau et os).

1. Coordonnées du (de la) donneur(-euse)

Nom :	_____	Genre :	_____		
Adresse :	_____	Âge :	_____		
Ville :	_____	Province :	_____	Code postal :	_____
Tél. (résidentiel) :	_____	Tél. :	_____		

2. Coordonnées du (de la) receveur(-euse) (facultatives)

Nom :	_____	Genre :	_____		
Adresse :	_____	Âge :	_____		
Ville :	_____	Province :	_____	Code postal :	_____
Tél. :	_____	Tél. (travail) :	_____		

3. Détails du don

Date :	_____	Hôpital :	_____
Ville et province :			

4. Énoncé de confidentialité

Ambulance Saint-Jean respecte votre droit à la vie privée. Elle ne recueille que les renseignements personnels que vous fournissez volontairement en remplissant le présent formulaire. Ambulance Saint-Jean utilisera le nom du candidat et les détails de la situation uniquement dans le but de récompenser l'acte de bravoure. Le nom des victimes ne sera pas publié ni révélé. Les dossiers sont conservés uniquement à des fins de rapports internes. Ambulance Saint-Jean ne transmet pas de renseignements identificatoires à moins que vous ne l'autorisiez spécifiquement à le faire. Si vous communiquez votre adresse, Ambulance Saint-Jean peut vous envoyer des infolettres ou d'autres courriers concernant ses activités.

5. Description du don

Veillez résumer tous les énoncés ci-dessous ou sur une feuille séparée. Fournissez tous les détails concernant les circonstances du don.

--

6. Documentation à l'appui

Fournissez les documents à l'appui provenant de l'organisme provincial de don d'organes concerné (et de l'hôpital, le cas échéant). Veillez énumérer tous les documents :

7. Proposant

Nom :		
Adresse :		
Ville :	Province :	Code postal :
Tél. (résidentiel) :	Tél. (travail) :	
_____ Signature		_____ Date

8. Président(e) des honneurs et des récompenses du conseil de Saint-Jean

_____ Signature		_____ Date
--------------------	--	---------------

Veillez remplir ce formulaire et l'envoyer directement à votre **bureau du conseil d'Ambulance Saint-Jean**

<https://www.sja.ca/fr/contact-us>

ou composer le 613-236-7461 pour en savoir plus.