

SurreyHospitalsFoundation.com/donate

Donation Instruction – ਦਾਨ ਦੇਣ ਲਈ ਨਿਰਦੇਸ਼

With your help, we can continue to support innovative, life-changing health care.
ਤੁਹਾਡੀ ਸਹਾਇਤਾ ਨਾਲ, ਅਸੀਂ ਇੰਦਰੀ ਬਦਲਣ ਵਾਲੀ ਨਵੀਨਤਮ ਸਿਹਤ ਸੇਵਾ ਜਾਰੀ ਰੱਖ ਸਕਦੇ ਹਾਂ।

TOGETHER – WE ARE UNSTOPPABLE – ਸਾਡੀ ਸਾਂਝੀ ਸ਼ਕਤੀ ਨੰ - ਕੋਈ ਨਹੀਂ ਰੋਕ ਸਕਦਾ

Gift type: ਦਾਨ ਦੀ ਕਿਸਮ

ONE-TIME GIFT ਇੱਕ ਵਾਰ ਦਾਨ MONTHLY GIFT ਹਰ ਮਹੀਨੇ

* Select Gift Amount:

\$50 ਦਾਨ ਦੀ ਰਾਸ਼ੀ ਚੁਣੋ \$100 \$200 ਦਾਨ ਦੀ ਰਾਸ਼ੀ ਦਰਜ ਕਰੋ

* Gift Designation: ਦਾਨ ਦਾ ਨਾਮ

Use my gift where it is needed most. ਮੇਰਾ ਦਾਨ ਬਹੁਤ ਜ਼ਰੂਰਤ ਸਮੇਂ ਵਰਤੋ Direct my gift to: ਮੇਰਾ ਦਾਨ ਇੱਧਰ ਭੇਜੋ : ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਚੁਣੋ

Select a program

ਦਾਨ ਦੇਣ ਲਈ ਪੰਜਾਬੀ ਗਾਈਡ 'Donation guide in Punjabi'

Direct my gift to:

- Select a program
- Area of Greatest Need
- COVID-19 Response Fund
- Children's Health
- Czorny Alzheimer Centre
- SMH Surgery
- Other

ਸਭ ਤੋਂ ਵੱਧ ਲੋੜ ਵਾਲੀ ਜਗ੍ਹਾ

ਕੋਵਿਡ-19 ਵਿਰੁੱਧ ਫੰਡ

ਬੱਚਿਆਂ ਦੀ ਸਿਹਤ ਲਈ

ਜ਼ਰਨੀ (Czorny) ਐਲਜ਼ਹੇਮਰ ਸੈਂਟਰ

ਕੋਈ ਹੋਰ

ਸਰੀ ਮੈਮੋਰੀਅਲ ਹਸਪਤਾਲ ਸਰਜਰੀ

TRIBUTE INFORMATION

ਸ਼ਰਧਾਂਜਲੀ ਲਈ ਜਾਣਕਾਰੀ

This gift is in honour, memory, or support of someone

ਇਹ ਤੋਹਫਾ ਕਿਸ ਦੇ ਸਨਮਾਨ, ਯਾਦ ਜਾਂ ਮਦਦ ਲਈ ਹੈ

This gift is in honour, memory, or support of someone

* Honour Gift Type:

In Memory of
In Honour of

ਕਿਸੇ ਦੀ ਯਾਦ ਵਿਚ

ਕਿਸੇ ਦੇ ਸਨਮਾਨ ਵਜੋਂ

This gift is in honour, memory, or support of someone

* Honour Gift Type:

* Honouree Name:

ਸਨਮਾਨਿਤ ਵਿਅਕਤੀ ਦਾ ਨਾਮ

Tribute Acknowledgement Type

ਸ਼ਰਧਾਂਜਲੀ ਦੀ ਪਵਾਨਗੀ ਦੀ ਕਿਸਮ

E-card

Mailed letter

None

ਈ-ਕਾਰਡ

ਡਾਕ ਰਾਹੀਂ ਪੱਤਰ

ਕੋਈ ਨਹੀਂ

SEND AN E-CARD

ਈ-ਕਾਰਡ ਭੇਜੋ

Send e-card on:

Feb

2

2021

ਈ-ਕਾਰਡ ਭੇਜਣ ਦੀ ਤਾਰੀਖ

* Recipient email:

ਈ-ਕਾਰਡ ਭੇਜਣ ਲਈ ਈ.ਮੇਲ ਐਡਰੈੱਸ

* E-card Subject:

ਈ.ਮੇਲ ਦਾ ਵਿਸ਼ਾ

* Message:

ਈ.ਮੇਲ ਲਈ ਸਨੇਹਾ/ਸੰਦੇਸ਼

Select an e-card:



ਈ.ਮੇਲ ਲਈ ਕਾਰਡ ਚੁਣੋ

SEND A POSTAL CARD

ਡਾਕ ਰਾਹੀਂ ਪੱਤਰ ਭੇਜੋ

Notification Recipient Name:

ਪੱਤਰ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਦਾ

Notification Recipient Address:

Notification Recipient City:

Notification Recipient Province/State:

BC - British Columbia



Notification Recipient Postal Code:

ਸ਼ਹਿਰ ਦਾ ਨਾਮ

Message (Optional):

ਪਤਾ

ਪੋਸਟਲ ਕੋਡ

ਸੰਦੇਸ਼ (ਇੱਛਾ ਅਨੁਸਾਰ)

ਸੂਬੇ ਦਾ ਨਾਮ

BILLING INFORMATION

ਬਿੱਲ ਬਣਾਉਣ ਲਈ ਜਾਣਕਾਰੀ

Yes, this is an organization gift.

ਹਾਂ ਜੀ, ਇਹ ਸੰਸਥਾ ਦਾ ਤੋਹਫ਼ਾ ਹੈ

* Title:

ਖ਼ਿਤਾਬ (ਸ਼੍ਰੀਮਾਨ/ਸ਼੍ਰੀਮਤੀ ਆਦਿ)

* First Name:

ਪਹਿਲਾ ਨਾਮ

* Address:

ਪਤਾ

* Province:

ਸਬਾ

BC - British Columbia



* Phone:

ਫ਼ੋਨ ਨੰਬਰ

* Last Name:

ਆਖ਼ਰੀ ਨਾਮ

* City:

ਸ਼ਹਿਰ

* Postal Code:

ਪੋਸਟਲ ਕੋਡ

* Email:

ਈ.ਮੇਲ ਐਡਰੈੱਸ

You will receive periodic updates and communications from Surrey Hospitals Foundation.

I wish to make this an anonymous donation

ਤੁਹਾਨੂੰ ਸਰੀ ਹਸਪਤਾਲ ਫਾਊਂਡੇਸ਼ਨ ਵੱਲੋਂ ਸਮੇਂ ਸਮੇਂ ਤੇ ਨਵੀਂ ਜਾਣਕਾਰੀ ਮਿਲਦੀ ਰਹੇਗੀ।

ਮੈਂ ਇਹ ਤੋਹਫ਼ਾ ਗੁਪਤ ਰੂਪ ਵਿਚ ਦੇਣਾ ਚਾਹੁੰਦਾ ਹਾਂ

PAYMENT INFORMATION

ਅਦਾਇਗੀ ਲਈ ਜਾਣਕਾਰੀ



* Credit Card Number:

ਕ੍ਰੈਡਿਟ ਕਾਰਡ ਨੰਬਰ

* Expiration Date:

02



2021



ਖ਼ਤਮ ਹੋਣ ਦੀ ਤਾਰੀਖ਼

* CVV Number:

[What is this?](#)

ਸੀ.ਵੀ.ਵੀ. ਨੰਬਰ (ਕਾਰਡ ਪਿੱਛੇ ਦਿੱਤਾ ਨੰਬਰ)

MAKE MY DONATION!

ਮੇਰੇ ਵੱਲੋਂ ਦਾਨ ਦਿਓ