

# PROMESSES DE DONS 2018

**\* IMPORTANT**

- o Merci de libeller les chèques à l'ordre de Cancer de l'ovaire Canada.
- o Veuillez écrire lisiblement en caractères d'imprimerie pour assurer que votre reçu fiscal soit exacte.
- o Des reçus fiscaux seront remis pour tous les dons d'au moins 20 \$. Des reçus fiscaux pour des montants inférieurs peuvent être remis sur demande.

## INFORMATION DU PARTICIPANT

Ville de la Randonnée ..... Nom d'équipe .....

Mme Mlle M Dre Dr Prénom ..... Nom .....

Tél. ( ..... ) ..... Courriel .....  FR  EN  Inscription au e-bulletin

Adresse SUITE/APP/BUREAU ..... Ville ..... Prov. .... Code Postal .....

## MON DON PERSONNEL

**\* Veuillez ne pas inclure les dons en ligne.**

Espèce  Chèque ..... Expire MM/AA ..... / ..... Signature ..... \$

Carte de crédit: N° .....

## DONS DES DONATEURS

**\* Veuillez ne pas inclure les dons en ligne.**

**1** Mme Mlle M Dre Dr Nom du donateur prénom, nom ..... Tél. ( ..... ) ..... Courriel .....  FR  EN

Adresse SUITE/APP/BUREAU ..... Ville ..... Prov. .... Code postal .....  Inscription au e-bulletin

Espèce  Chèque ..... Expire MM/AA ..... / ..... Signature ..... \$

Carte de crédit: N° .....

**2** Mme Mlle M Dre Dr Nom du donateur prénom, nom ..... Tél. ( ..... ) ..... Courriel .....  FR  EN

Adresse SUITE/APP/BUREAU ..... Ville ..... Prov. .... Code postal .....  Inscription au e-bulletin

Espèce  Chèque ..... Expire MM/AA ..... / ..... Signature ..... \$

Carte de crédit: N° .....

**3** Mme Mlle M Dre Dr Nom du donateur prénom, nom ..... Tél. ( ..... ) ..... Courriel .....  FR  EN

Adresse SUITE/APP/BUREAU ..... Ville ..... Prov. .... Code postal .....  Inscription au e-bulletin

Espèce  Chèque ..... Expire MM/AA ..... / ..... Signature ..... \$

Carte de crédit: N° .....

**4** Mme Mlle M Dre Dr Nom du donateur prénom, nom ..... Tél. ( ..... ) ..... Courriel .....  FR  EN

Adresse SUITE/APP/BUREAU ..... Ville ..... Prov. .... Code postal .....  Inscription au e-bulletin

Espèce  Chèque ..... Expire MM/AA ..... / ..... Signature ..... \$

Carte de crédit: N° .....

**5** Mme Mlle M Dre Dr Nom du donateur prénom, nom ..... Tél. ( ..... ) ..... Courriel .....  FR  EN

Adresse SUITE/APP/BUREAU ..... Ville ..... Prov. .... Code postal .....  Inscription au e-bulletin

Espèce  Chèque ..... Expire MM/AA ..... / ..... Signature ..... \$

Carte de crédit: N° .....

## PORTEZ LES DONS DES DONATEURS À UNE SEULE CARTE DE CRÉDIT

\$

Veuillez encercler les dons indiqués sur cette page qui doivent être portés à la carte de crédit indiquée ci-dessous. Sur la page 1 de votre formulaire de promesse de don, indiquez le montant total à porter sur cette carte dans la case de gauche. Pour déterminer ce montant, faites le total de tous les chiffres encerclés sur tous vos formulaires de promesse de don.

N° de carte ..... Expire MM/AA ..... / ..... Signature .....

TOTAL DE CETTE PAGE \$

(en incluant mon don personnel)

Équipe de l'inscription seulement

CA : ..... \$

CQ : ..... \$

CC : ..... \$

TOTAL : ..... \$

Verifieur : (nom complet) .....

Cancer de l'ovaire Canada dépend de la générosité des donateurs et des bénévoles. Nous recueillons des renseignements personnels aux fins de traitement des paiements et de production de reçus fiscaux, le cas échéant. Cancer de l'ovaire Canada ne vend ni n'échange ou partage vos informations de quelque manière.

Si vous désirez que vos renseignements personnels soient supprimés de nos dossiers, communiquez avec nous au numéro 1 877 413-7970 ou à l'adresse info@randonneecancerdeloivaire.ca.

**Numéro d'enregistrement d'organisme de bienfaisance : 87297 4845 RR0001**  
205 - 145, rue Front Est, Toronto, Ontario M5A 1E3

Cancer de l'ovaire Canada produira des reçus fiscaux pour don de charité au plus tard le 31 décembre 2018.

TOTAL TOUTES PAGES \$