

PROMESSES DE DONNS 2019

*** 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 10 \$. 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 DONNS 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@randonneecancerdelovaire.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 2019.

TOTAL TOUTES PAGES \$

PAGE sur