



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

Nom de l'événement

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



Veillez ne pas inclure les dons en ligne.

Espèce Chèque

Carte de crédit: N°

Expire

MM/AA

Signature

\$

DONS DES DONATEURS



Veillez ne pas inclure les dons en ligne.

1 Nom du donateur

Mme Mlle M Dre Dr prénom, nom

Tél. (.....)

Courriel

FR EN

Adresse SUITE/APP/BUREAU Ville Prov. Code postal

Inscription au e-bulletin

Espèce Chèque

Carte de crédit: N°

Expire

MM/AA

Signature

\$

2 Nom du donateur

Mme Mlle M Dre Dr prénom, nom

Tél. (.....)

Courriel

FR EN

Adresse SUITE/APP/BUREAU Ville Prov. Code postal

Inscription au e-bulletin

Espèce Chèque

Carte de crédit: N°

Expire

MM/AA

Signature

\$

3 Nom du donateur

Mme Mlle M Dre Dr prénom, nom

Tél. (.....)

Courriel

FR EN

Adresse SUITE/APP/BUREAU Ville Prov. Code postal

Inscription au e-bulletin

Espèce Chèque

Carte de crédit: N°

Expire

MM/AA

Signature

\$

4 Nom du donateur

Mme Mlle M Dre Dr prénom, nom

Tél. (.....)

Courriel

FR EN

Adresse SUITE/APP/BUREAU Ville Prov. Code postal

Inscription au e-bulletin

Espèce Chèque

Carte de crédit: N°

Expire

MM/AA

Signature

\$

5 Nom du donateur

Mme Mlle M Dre Dr prénom, nom

Tél. (.....)

Courriel

FR EN

Adresse SUITE/APP/BUREAU Ville Prov. Code postal

Inscription au e-bulletin

Espèce Chèque

Carte de crédit: N°

Expire

MM/AA

Signature

\$

PORTEZ LES DON

Veillez 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.

\$

1 2 3 4 5

TOTAL DE CETTE PAGE

\$

(en incluant mon don personnel)

N° de carte Expire MM/AA / Signature

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@ovairecanada.org. **Numéro d'enregistrement d'organisme de bienfaisance : 87297 4845 RR0001.** Adresse : 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 de l'année de l'activité.

TOTAL TOUTES PAGES

\$

PAGE sur