



En soutien à • In support of
Cancer de l'ovaire Canada
Ovarian Cancer Canada

PROMESSES DE DON



IMPORTANT

- o Merci de libeller les chèques à l'ordre de Cancer de l'ovaire Canada.
- o Veuillez écrire lisiblement pour que votre reçu fiscal soit exacte.
- o Nous n'acceptons pas les cartes de débit telles que Visa Débit. Toutes les cartes de crédit sont acceptées.

INFORMATION DU PARTICIPANT

Activité / Événement

Mme Mlle M Dre Dr Prénom Nom Français English

Adresse SUITE/APP/BUREAU Ville Prov. Code Postal

Tél. (.....) Courriel Accepte e-communications

MON DON PERSONNEL

Chèque Espèce

Carte de crédit: N° Numéro CVV Expire MM/AA / Signature \$

DONS DES DONATEURS

1 Mme Mlle M Dre Dr Nom du donateur prénom, nom Don inscrit dans le Centre du participant \$

Adresse SUITE/APP/BUREAU Ville Prov. Code Postal

Tél. (.....) Courriel Accepte e-communications

Chèque Espèce

Carte de crédit: N° Numéro CVV Expire MM/AA / Signature

2 Mme Mlle M Dre Dr Nom du donateur prénom, nom Don inscrit dans le Centre du participant \$

Adresse SUITE/APP/BUREAU Ville Prov. Code Postal

Tél. (.....) Courriel Accepte e-communications

Chèque Espèce

Carte de crédit: N° Numéro CVV Expire MM/AA / Signature

3 Mme Mlle M Dre Dr Nom du donateur prénom, nom Don inscrit dans le Centre du participant \$

Adresse SUITE/APP/BUREAU Ville Prov. Code Postal

Tél. (.....) Courriel Accepte e-communications

Chèque Espèce

Carte de crédit: N° Numéro CVV Expire MM/AA / Signature

4 Mme Mlle M Dre Dr Nom du donateur prénom, nom Don inscrit dans le Centre du participant \$

Adresse SUITE/APP/BUREAU Ville Prov. Code Postal

Tél. (.....) Courriel Accepte e-communications

Chèque Espèce

Carte de crédit: N° Numéro CVV Expire MM/AA / Signature

5 Mme Mlle M Dre Dr Nom du donateur prénom, nom Don inscrit dans le Centre du participant \$

Adresse SUITE/APP/BUREAU Ville Prov. Code Postal

Tél. (.....) Courriel Accepte e-communications

Chèque Espèce

Carte de crédit: N° Numéro CVV Expire MM/AA / Signature

Équipe d'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 quelconque 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** | 205 - 145, rue Front Est, Toronto, Ontario M5A 1E3

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. Cancer de l'ovaire Canada produira des reçus fiscaux pour don de charité au plus tard le 28 février de l'année suivante.

TOTAL DE CETTE PAGE	\$
---------------------	----

(en incluant mon don personnel)

TOTAL TOUTES PAGES	\$
--------------------	----

PAGE de