



Fondation
québécoise
du cancer

à ma façon!

RENSEIGNEMENTS SUR LE PARTICIPANT

Prénom et nom _____ Nom de votre activité _____

Courriel _____ Tél. (résidence) _____ Tél. (travail) _____

Adresse _____ Bureau/app./unité _____

Ville _____ Province _____ Code postal _____

Je comprends que les fonds recueillis visent à soutenir la mission de la Fondation québécoise du cancer.

Signature du participant (ou tuteur légal si le participant est âgé de moins de 18 ans)

DONATEUR (SVP, ÉCRIRE EN LETTRES MOULÉES)

MONTANT DU DON

1	Prénom et nom du donateur _____	Tél. _____	Courriel _____	<input type="checkbox"/> Je ne souhaite pas recevoir des nouvelles de la Fondation	▶ \$
	Adresse _____	Bureau/app./unité _____	Ville _____	Prov. _____	
					<input type="checkbox"/> Comptant <input type="checkbox"/> Chèque Reçu fiscal <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

2	Prénom et nom du donateur _____	Tél. _____	Courriel _____	<input type="checkbox"/> Je ne souhaite pas recevoir des nouvelles de la Fondation	▶ \$
	Adresse _____	Bureau/app./unité _____	Ville _____	Prov. _____	
					<input type="checkbox"/> Comptant <input type="checkbox"/> Chèque Reçu fiscal <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

3	Prénom et nom du donateur _____	Tél. _____	Courriel _____	<input type="checkbox"/> Je ne souhaite pas recevoir des nouvelles de la Fondation	▶ \$
	Adresse _____	Bureau/app./unité _____	Ville _____	Prov. _____	
					<input type="checkbox"/> Comptant <input type="checkbox"/> Chèque Reçu fiscal <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

4	Prénom et nom du donateur _____	Tél. _____	Courriel _____	<input type="checkbox"/> Je ne souhaite pas recevoir des nouvelles de la Fondation	▶ \$
	Adresse _____	Bureau/app./unité _____	Ville _____	Prov. _____	
					<input type="checkbox"/> Comptant <input type="checkbox"/> Chèque Reçu fiscal <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

5	Prénom et nom du donateur _____	Tél. _____	Courriel _____	<input type="checkbox"/> Je ne souhaite pas recevoir des nouvelles de la Fondation	▶ \$
	Adresse _____	Bureau/app./unité _____	Ville _____	Prov. _____	
					<input type="checkbox"/> Comptant <input type="checkbox"/> Chèque Reçu fiscal <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Total de la page _____ \$

Retournez ce formulaire dûment rempli et tous vos dons à : Fondation québécoise du cancer, 2075, rue de Champlain, Montréal, Québec, H2L 2T1

Pour toute information – Tél. : **514 527-2194** | Sans frais : **1 877 336-4443** | Téléc. : **514 527-1943** | Courriel : **gdamafacon@fqc.qc.ca**