



Fondation
québécoise
du cancer

La marche!

Présentée par



RENSEIGNEMENTS SUR LE PARTICIPANT

Appellation : M. Mme

Nom de l'équipe

Prénom

Nom

Courriel*

Tél. (résidence)

Tél. (travail)

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)

LA MARCHÉ DU GRAND DÉFOULEMENT DE :

Est-du-Québec

Granby

Québec

Gatineau et Abitibi-Témiscamingue

Montréal

Trois-Rivières

DONATEUR(S)

MONTANT DU DON

Veillez écrire en lettres moulées.

Pour obtenir un reçu fiscal, assurez-vous que l'adresse postale soit complète.

* En nous fournissant votre adresse courriel, vous recevrez des communications de la part de la Fondation québécoise du cancer.

| | | | | | | | |
|----------|---|-------------------|-------|---------------------|-------------|--|--|
| 1 | Appellation : <input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> Mme | Prénom | Nom | Reçu fiscal? | | | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non \$ _____ <input type="checkbox"/> Comptant <input type="checkbox"/> Chèque <input type="checkbox"/> Visa <input type="checkbox"/> Master Card <input type="checkbox"/> Amex N° de carte : _____ Date d'expiration : _____ |
| | Tél. | Courriel* | | | | | |
| | Adresse | Bureau/app./unité | Ville | Prov. | Code postal | | |
| | <input type="checkbox"/> Ce don a déjà été inscrit sur ma page de participant | | | | | | |
| 2 | Appellation : <input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> Mme | Prénom | Nom | Reçu fiscal? | | | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non \$ _____ <input type="checkbox"/> Comptant <input type="checkbox"/> Chèque <input type="checkbox"/> Visa <input type="checkbox"/> Master Card <input type="checkbox"/> Amex N° de carte : _____ Date d'expiration : _____ |
| | Tél. | Courriel* | | | | | |
| | Adresse | Bureau/app./unité | Ville | Prov. | Code postal | | |
| | <input type="checkbox"/> Ce don a déjà été inscrit sur ma page de participant | | | | | | |
| 3 | Appellation : <input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> Mme | Prénom | Nom | Reçu fiscal? | | | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non \$ _____ <input type="checkbox"/> Comptant <input type="checkbox"/> Chèque <input type="checkbox"/> Visa <input type="checkbox"/> Master Card <input type="checkbox"/> Amex N° de carte : _____ Date d'expiration : _____ |
| | Tél. | Courriel* | | | | | |
| | Adresse | Bureau/app./unité | Ville | Prov. | Code postal | | |
| | <input type="checkbox"/> Ce don a déjà été inscrit sur ma page de participant | | | | | | |

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 : 1 877 336-4443 ou 514 527-2194 | lamarchegd@fqc.qc.ca