



Fondation
québécoise
du cancer

La marche!

La marche du Grand défolement de

- Québec
- Montréal
- Rouyn-Noranda
- Trois-Rivières
- Gatineau
- Granby
- Laval

RENSEIGNEMENTS SUR LE PARTICIPANT

Appellation : M. Mme Nom de l'équipe _____

Prénom _____ Nom _____

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(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.

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

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