



RENSEIGNEMENTS SUR LE PARTICIPANT

Prénom et nom du participant		Courriel		Téléphone	
Adresse	bureau/app./unité	Ville	Province	Code postal	

FORMULAIRE DE COLLECTE DE FONDS

Par la présente, nous attestons l'engagement du participant mentionné ci-haut dans le défi du Chemin des Sanctuaires au profit de la Fondation québécoise du cancer. En participant, il démontre sa solidarité envers toutes les personnes touchées par un cancer.

Tout don de 20 \$ et plus est déductible d'impôt. À cet effet, nous vous demandons de bien vouloir nous donner vos coordonnées complètes pour l'émission d'un reçu fiscal.

DONATEUR (SVP, ÉCRIRE EN LETTRES MOULÉES)						MONTANT DU DON
1	Prénom et nom du donateur		Tél.	*Courriel facultatif		\$ <input type="checkbox"/> Comptant <input type="checkbox"/> Chèque Reçu officiel <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Adresse	Bureau/app./unité	Ville	Prov.	Code postal	
2	Prénom et nom du donateur		Tél.	*Courriel facultatif		\$ <input type="checkbox"/> Comptant <input type="checkbox"/> Chèque Reçu officiel <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Adresse	Bureau/app./unité	Ville	Prov.	Code postal	
3	Prénom et nom du donateur		Tél.	*Courriel facultatif		\$ <input type="checkbox"/> Comptant <input type="checkbox"/> Chèque Reçu officiel <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Adresse	Bureau/app./unité	Ville	Prov.	Code postal	
4	Prénom et nom du donateur		Tél.	*Courriel facultatif		\$ <input type="checkbox"/> Comptant <input type="checkbox"/> Chèque Reçu officiel <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Adresse	Bureau/app./unité	Ville	Prov.	Code postal	

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

--	--

DONATEUR (SVP, ÉCRIRE EN LETTRES MOULÉES)					MONTANT DU DON
5	Prénom et nom du donateur		Tél.	*Courriel facultatif	\$
	Adresse	Bureau/app./unité	Ville	Prov.	Code postal
					<input type="checkbox"/> Comptant <input type="checkbox"/> Chèque <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
6	Prénom et nom du donateur		Tél.	*Courriel facultatif	\$
	Adresse	Bureau/app./unité	Ville	Prov.	Code postal
					<input type="checkbox"/> Comptant <input type="checkbox"/> Chèque <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
7	Prénom et nom du donateur		Tél.	*Courriel facultatif	\$
	Adresse	Bureau/app./unité	Ville	Prov.	Code postal
					<input type="checkbox"/> Comptant <input type="checkbox"/> Chèque <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
8	Prénom et nom du donateur		Tél.	*Courriel facultatif	\$
	Adresse	Bureau/app./unité	Ville	Prov.	Code postal
					<input type="checkbox"/> Comptant <input type="checkbox"/> Chèque <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
9	Prénom et nom du donateur		Tél.	*Courriel facultatif	\$
	Adresse	Bureau/app./unité	Ville	Prov.	Code postal
					<input type="checkbox"/> Comptant <input type="checkbox"/> Chèque <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
10	Prénom et nom du donateur		Tél.	*Courriel facultatif	\$
	Adresse	Bureau/app./unité	Ville	Prov.	Code postal
					<input type="checkbox"/> Comptant <input type="checkbox"/> Chèque <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
11	Prénom et nom du donateur		Tél.	*Courriel facultatif	\$
	Adresse	Bureau/app./unité	Ville	Prov.	Code postal
					<input type="checkbox"/> Comptant <input type="checkbox"/> Chèque <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
12	Prénom et nom du donateur		Tél.	*Courriel facultatif	\$
	Adresse	Bureau/app./unité	Ville	Prov.	Code postal
					<input type="checkbox"/> Comptant <input type="checkbox"/> Chèque <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
TOTAL					\$

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

TOTAL	\$
--------------	----