



RENSEIGNEMENTS SUR LE PARTICIPANT

FORMULAIRE DE COLLECTE DE FONDS

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

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			\$
	Adresse	Bureau/app./unité	Ville	Prov.	Code postal	<input type="checkbox"/> Comptant <input type="checkbox"/> Chèque <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Reçu officiel
2	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 Reçu officiel
3	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 Reçu officiel
4	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 Reçu officiel

* 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 Reçu officiel <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 Reçu officiel <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 Reçu officiel <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 Reçu officiel <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 Reçu officiel <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 Reçu officiel <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 Reçu officiel <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 Reçu officiel <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	\$
--------------	----