



RENSEIGNEMENTS SUR LE PARTICIPANT

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

FORMULAIRE DE COLLECTE DE FONDS

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 Reçu officiel <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
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 Reçu officiel <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
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 Reçu officiel <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
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 Reçu officiel <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

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

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

Retournez votre formulaire dûment rempli à : Défi Cap sur l'Irlande | Fondation québécoise du cancer, 2075, rue de Champlain, Montréal, Québec, H2L 2T1

Pour toute information : 1 800 363-0063

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 Reçu officiel
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 Reçu officiel
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 Reçu officiel
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 Reçu officiel
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 Reçu officiel
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 Reçu officiel
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 Reçu officiel
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 Reçu officiel

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

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