



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 officiel.

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.

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

DONATEUR (SVP, ÉCRIRE EN LETTRES MOULÉES)					MONTANT DU DON
5	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	
6	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	
7	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	
8	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	
9	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	
10	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	
11	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	
12	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.

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