

Randonnée de l'espoir de Cancer de l'ovaire Canada

Formulaire de promesses de dons

Coordonnées du participant

M. Mme Nom Prénom

Adresse Ville Province

Code postal Nom de l'équipe

Adresse courriel Langue de préférence Français Anglais

Ville de la Randonnée:

- Comox Valley (C.-B.) Victoria (C.-B.) Vancouver (C.-B.) Edmonton (Alb.) Calgary (Alb.) Saskatoon (Sask.) Winnipeg (Man.)
 Toronto (Ont.) Windsor (Ont.) Ottawa (Ont.) Barrie (Ont.) Montréal (Qc) Moncton (N.-B.) Halifax (N.-É.)
 St. John's (T.-N.)

Emplacement de la Mini-Randonnée de l'espoir _____

VEUILLEZ ÉCRIRE EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE

CE FORMULAIRE DE PROMESSES DE DONNS SERT UNIQUEMENT À FAIRE LE SUIVI DES DONNS HORS LIGNE

Veillez libeller les chèques à l'ordre de Cancer de l'ovaire Canada

REMARQUE : LES REÇUS AUX FINS DE L'IMPÔT NE POURRONT ÊTRE ÉMIS SI LES COORDONNÉES SONT ILLISIBLES OU INCOMPLÈTES. DANS LE CAS DES DONNS DE MOINS DE 20 \$, DES REÇUS SERONT ÉMIS UNIQUEMENT SUR DEMANDE.

1 M. Mme Nom du donateur (Écrire en caractères d'imprimerie)

Langue de préférence Français Anglais Abstention* Reçu aux fins de l'impôt demandé Oui Non Montant _____

Adresse Ville Prov. Code postal

PAYÉ Adresse courriel : _____ N° de carte de crédit : _____ Date d'expiration : _____

2 M. Mme Nom du donateur (Écrire en caractères d'imprimerie)

Langue de préférence Français Anglais Abstention* Reçu aux fins de l'impôt demandé Oui Non Montant _____

Adresse Ville Prov. Code postal

PAYÉ Adresse courriel : _____ N° de carte de crédit : _____ Date d'expiration : _____

3 M. Mme Nom du donateur (Écrire en caractères d'imprimerie)

Langue de préférence Français Anglais Abstention* Reçu aux fins de l'impôt demandé Oui Non Montant _____

Adresse Ville Prov. Code postal

PAYÉ Adresse courriel : _____ N° de carte de crédit : _____ Date d'expiration : _____

4 M. Mme Nom du donateur (Écrire en caractères d'imprimerie)

Langue de préférence Français Anglais Abstention* Reçu aux fins de l'impôt demandé Oui Non Montant _____

Adresse Ville Prov. Code postal

PAYÉ Adresse courriel : _____ N° de carte de crédit : _____ Date d'expiration : _____

Pour imprimer des formulaires de promesses de dons supplémentaires, veuillez visiter le site www.randonneecancerdelovaire.ca.

*Clause d'abstention : Cancer de l'ovaire Canada (COC) compte sur les dons généreusement octroyés par ses donateurs et l'appui de ses bénévoles pour remplir sa mission. COC a besoin de vos renseignements personnels de façon à traiter votre inscription ou votre don ainsi que pour émettre des reçus aux fins de l'impôt. Cancer de l'ovaire Canada s'engage à ne pas vendre, échanger ou transmettre vos renseignements personnels. Si vous préférez ne pas recevoir de message de COC vous invitant à soutenir notre lutte contre le cancer de l'ovaire, cochez cette case. Si vous souhaitez voir vos renseignements personnels retirés de notre liste, veuillez nous appeler au 1 877 413-7970, ou nous écrire à l'adresse électronique suivante : info@randonneecancerdelovaire.ca

Numéro d'enregistrement d'organisme de bienfaisance : 87297 4845 RR0001

TOTAL DES PROMESSES DE DONNS

PROMESSES DE DONNS HORS LIGNE SEULEMENT