

Formulaire de don *d'équipe*



Merci de faire un don au Week-end Pharmaprix™ 2014 pour vaincre les cancers féminins au bénéfice du Centre du cancer Segal de l'Hôpital général juif.

Merci de poster ce formulaire avec votre don à l'adresse postale suivante :

**Hôpital général juif -
CP 219 SUCC St. Jacques
Montréal QC H3C 2S1**

Il est aussi possible de faire votre don via Internet au vaincrelecancer.ca

Donateur

Nom _____ Courriel _____

Adresse _____

Ville _____ Province _____ Code postal _____

À qui faites-vous un don ?

Membre de l'équipe	Numéro de participant (si disponible)	Montant du don
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Veillez utiliser l'autre feuille si vous désirez inscrire d'autres noms.

Note : Merci de vous assurer que les dons de chaque équipier s'ajoutent au total final.

Total Page 1 :

Total Page 2 :

Total Final :

Nom de l'équipe que vous désirez commanditer :

- Tous les dons sont portés à votre compte en dollars Canadiens. Nous ne pouvons accepter d'argent comptant.
- Les dons sont toujours enregistrés comme dons individuels pour chaque personne listée et vous recevrez un reçu d'impôt individuel pour chaque don.
- Si votre don représente plus de 10 \$, nous vous ferons parvenir un reçu d'impôt.
- Les dons sont déductibles d'impôt à 100 %, ne sont pas remboursables et ne sont pas transférables.
- Demandez à votre employeur s'il peut contribuer à la cause en faisant un don équivalent au vôtre.

Choisissez l'une des deux options de paiement.

Chèque personnel Un seul paiement complet. Merci de faire votre chèque à l'ordre de: Le Week-end pour vaincre les cancers féminins. Inscrivez le nom et le numéro du participant sur tous les chèques.

Carte de crédit Paiement unique ou paiements mensuels. Vous verrez apparaître Le Week-end pour vaincre les cancers féminins sur votre relevé mensuel de carte de crédit. Les paiements débutent dès le traitement de votre formulaire par le bureau des dons.

Numéro de carte

Date d'expiration

Titulaire de la carte _____

Visa Mastercard Amex

Signature du titulaire _____

