



# FORMULAIRE DE DON D'ÉQUIPE

Merci de faire un don au Cyclo-défi Enbridge™ contre le cancer 2017 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 [contrelecaner.ca](http://contrelecaner.ca)

- 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'impôts 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.

## DONATEUR

Nom \_\_\_\_\_ Courriel \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Ville \_\_\_\_\_ Province \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_

Pour recevoir des renseignements importants sur le Cyclo-défi contre le cancer, y compris des mises à jour de l'évènement, des conseils d'entraînement et de collecte de fonds et des informations sur la façon dont les fonds recueillis sont utilisés, vous devez cliquer OUI pour accepter de recevoir des communications. Vous pouvez retirer votre consentement à tout moment.

J'accepte de recevoir des mises à jour du Cyclo-défi contre le cancer, des nouvelles et informations et autres messages commerciaux par [cochez toutes les cases]:

Courriel

Appels robotisés

## À QUI FAITES-VOUS UN DON ?

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

Veuillez 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 :

\_\_\_\_\_

## CHOISISSEZ L'UNE DES DEUX OPTIONS DE PAIEMENT.

**Chèque personnel** Un seul paiement complet. Merci de faire votre chèque à l'ordre de: Le Cyclo défi Enbridge contre le cancer. Inscrivez le nom et le numéro du participant sur tous les chèques.

**Carte de crédit** Paiement unique ou paiements mensuels. Vous verrez apparaître Le Cyclo défi Enbridge contre le cancer 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 \_\_\_\_\_

