

FAITES DE LA FIBROSE KYSTIQUE DE L'HISTOIRE ANCIENNE



Nom du participant : _____

Nom de l'équipe : _____

Adresse : _____ Ville : _____ Province: _____

Code postal : _____ Lieu de marche : _____

Téléphone : _____ Courriel : _____

Veuillez indiquer le nom de l'entreprise à laquelle vous êtes associé(e) :

 Kin Canada Autre: _____

Langue préférée

 Français English

RENSEIGNEMENTS POUR LES REÇUS AUX FINS D'IMPÔT :

Les reçus aux fins de l'impôt seront remis pour les dons de 20 \$ ou plus. **Tous les renseignements sur le donateur (y compris l'adresse complète) DOIVENT être fournis afin qu'un reçu aux fins d'impôt soit émis.**

N'ENVOYEZ PAS D'ARGENT COMPTANT PAR LA POSTE; POUR PAYER PAR CARTE DE CRÉDIT, ALLER EN LIGNE À MARCHÉ.FIBROSEKYSTIQUE.CA OU PAYER PAR CHÈQUE.

PRÉNOM DU DONATEUR	NOM DU DONATEUR	ADRESSE OU C.P. (UNITÉ/APP.)	VILLE	PROV.	CODE POSTAL	TÉLÉPHONE	COURRIEL	DON MONTANT	TYPE	REÇU AUX FINS DE L'IMPÔT
									<input type="checkbox"/> CHÈQUE <input type="checkbox"/> ARGENT COMPTANT	<input type="checkbox"/> IMPRIMÉ <input type="checkbox"/> ÉLECTRONIQUE <input type="checkbox"/> PAS DE REÇU
									<input type="checkbox"/> CHÈQUE <input type="checkbox"/> ARGENT COMPTANT	<input type="checkbox"/> IMPRIMÉ <input type="checkbox"/> ÉLECTRONIQUE <input type="checkbox"/> PAS DE REÇU
									<input type="checkbox"/> CHÈQUE <input type="checkbox"/> ARGENT COMPTANT	<input type="checkbox"/> IMPRIMÉ <input type="checkbox"/> ÉLECTRONIQUE <input type="checkbox"/> PAS DE REÇU
									<input type="checkbox"/> CHÈQUE <input type="checkbox"/> ARGENT COMPTANT	<input type="checkbox"/> IMPRIMÉ <input type="checkbox"/> ÉLECTRONIQUE <input type="checkbox"/> PAS DE REÇU
									<input type="checkbox"/> CHÈQUE <input type="checkbox"/> ARGENT COMPTANT	<input type="checkbox"/> IMPRIMÉ <input type="checkbox"/> ÉLECTRONIQUE <input type="checkbox"/> PAS DE REÇU
									<input type="checkbox"/> CHÈQUE <input type="checkbox"/> ARGENT COMPTANT	<input type="checkbox"/> IMPRIMÉ <input type="checkbox"/> ÉLECTRONIQUE <input type="checkbox"/> PAS DE REÇU
									<input type="checkbox"/> CHÈQUE <input type="checkbox"/> ARGENT COMPTANT	<input type="checkbox"/> IMPRIMÉ <input type="checkbox"/> ÉLECTRONIQUE <input type="checkbox"/> PAS DE REÇU
									<input type="checkbox"/> CHÈQUE <input type="checkbox"/> ARGENT COMPTANT	<input type="checkbox"/> IMPRIMÉ <input type="checkbox"/> ÉLECTRONIQUE <input type="checkbox"/> PAS DE REÇU
									<input type="checkbox"/> CHÈQUE <input type="checkbox"/> ARGENT COMPTANT	<input type="checkbox"/> IMPRIMÉ <input type="checkbox"/> ÉLECTRONIQUE <input type="checkbox"/> PAS DE REÇU
									<input type="checkbox"/> CHÈQUE <input type="checkbox"/> ARGENT COMPTANT	<input type="checkbox"/> IMPRIMÉ <input type="checkbox"/> ÉLECTRONIQUE <input type="checkbox"/> PAS DE REÇU

Les chèques doivent être libellés à l'ordre de : **Fibrose kystique Canada**

Veuillez poster ce formulaire avec tous les dons à :

Fibrose kystique Canada, 20 Eglinton Ave. W, Suite 1305, Toronto, ON, M4R 1K8

N° d'enregistrement d'organisme de bienfaisance 1 0684 5100 RR0001

TOTAL DES PROMESSES DE DONNS

\$

TOTAL RECUEILLI

\$

SOLDE DÛ

\$

MERCI DE VOTRE GÉNÉROSITÉ.

En remplissant le présent formulaire, vous consentez à la collecte et à l'utilisation par Fibrose kystique Canada de vos renseignements personnels conformément à sa Politique de protection des renseignements personnels. Vous pouvez obtenir les détails au sujet de notre politique en envoyant un courriel à info@fibrosekystique.ca (indiquez « À l'attention de l'agent[e] de la protection des renseignements personnels » dans le champ réservé au sujet), ou en communiquant avec Fibrose kystique Canada au 1-800-378-2233.