



présente / presents Course de bateaux-dragons des Cèdres Cedars Dragon Boat Race

Saturday, September 12, 2020
Promenade Père-Marquette
2105 Blvd. St. Joseph, Lachine H8S 4B7

FORMULAIRE DE DON | DONATION FORM

Un événement de collecte de fonds au profit de CanSupport des Cèdres au Centre universitaire de santé McGill (CUSM)
A fundraising event to benefit Cedars CanSupport at the McGill University Health Centre (MUHC)
Pour plus d'informations veuillez contacter | For more information contact: natalia.kalbarczyk@cedarscancer.ca

INFORMATIONS SUR L'ÉQUIPE/PAGAYEUR | TEAM/PADDLER INFORMATION

Nom de l'équipe | Team name: _____

Nom du pagayeur | Name of paddler: _____

INFORMATIONS POUR LE REÇU D'IMPÔT | TAX RECEIPT INFORMATION

Don personnel | Personal donation: Oui | Yes Non | No Don d'entreprise | Corporate donation: Oui | Yes Non | No

Sélectionnez votre titre | Select your title: M. | Mr. Mme | Mrs. Dr | Dr.

Nom | Name: _____

Entreprise | Company: _____
(Le reçu d'impôt sera émis à l'entreprise indiquée | The tax receipt will be issued to the company specified)

Adresse | Address: _____

Ville | City: _____ Province: _____ Code postal | Postal code: _____

Courriel | Email: _____ Téléphone | Telephone: _____

Je désire conserver l'anonymat | I would like to remain anonymous

Je désire recevoir ma correspondance en **Français**

Je ne veux pas faire partie de la liste d'envoi de la Fondation
I do not wish to appear on the Foundation contact list

I wish to receive my correspondence in **English**

DÉTAILS DU PAIEMENT | PAYMENT DETAILS

Je désire faire un don de : | I wish to make a donation of:

Un reçu sera émis pour tout don de **18 \$** ou plus | A tax receipt will be issued for all donations of **\$18** or more.

\$

J'inclus un chèque à l'ordre de: **La Fondation du cancer des Cèdres ref : Bateaux-Dragon**
I included a cheque payable to **The Cedars Cancer Foundation re: Dragon Boat**

Comptant | Cash

Numéro de la carte | Card number: _____ Date d'expiration | Expiry date: _____ | _____
m | m aa-yy

Titulaire de la carte | Cardholder name: _____

Signature du titulaire de la carte | Cardholder signature: _____

FONDATION DU CANCER DES CÈDRES | CEDARS CANCER FOUNDATION

1310, avenue Greene, Suite 520, Westmount, Québec H3Z 2B2

T: 514-656-6662 | F: 514-303-1288

Numéro d'enregistrement | Charity Registration Number: 105202501 RR 0001

Merci pour votre générosité | Thank you for your generosity



FONDATION DU
CANCER DES CÈDRES
CEDARS CANCER
FOUNDATION



Centre universitaire
de santé McGill



McGill University
Health Centre



MEMBRE DU / MEMBER OF
Réseau de
cancérologie
Rossy
Cancer
Network