



# 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: [lina.zatkovic@cedarscancer.ca](mailto:lina.zatkovic@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

