



PARTENARIAT/DONS | PARTNERSHIP/DONATIONS

POSSIBILITÉS DE PARTENARIAT | PARTNERSHIP OPPORTUNITIES

- | | |
|---|----------|
| <input type="checkbox"/> Partenaire Platine Platinum Partner..... | 25 000\$ |
| <input type="checkbox"/> Partenaire Or Gold Partner..... | 12 500\$ |
| <input type="checkbox"/> Partenaire de course Race Partner..... | 5 000\$ |
| <input type="checkbox"/> Cercle de Sarah Sarah's Circle..... | 2 000\$ |

Nom de l'entreprise | Company name: _____

Les commanditaires verront leur logo affiché lors de l'événement et dans le matériel imprimé et numérique.

Note: Un reçu officiel aux fins d'impôts/d'affaires sera délivré pour la portion équivalente à votre don conformément aux lignes directrices de l'ARC
Sponsors will have their logo displayed at the event and in associated printed and digital materials.

Note: A Business/Official Tax Receipt will be issued for your donation portion in accordance with CRA Guidelines.

DON | DONATION

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**

\$

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. M^{me} | Mrs. M^{me} | Ms. D^r | Dr.

Nom | Family Name: _____

Prénom | First 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 postale | 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 wish to receive my correspondence in **English**

I do not wish to appear on the Foundation contact list

DÉTAILS DE PAIEMENT | PAYMENT DETAILS

VISA MasterCard AMERICAN EXPRESS Chèque* | Cheque* Comptant | Cash

*Chèque à l'ordre de la : **Fondation du cancer des Cèdres re: Flânon dans la course** | *Cheque payable to **Cedars Cancer Foundation re: Stroll & Dash**

Numéro de la carte | Card number: _____ Date d'expiration | Expiry date: _____ |
m/m a/a

Titulaire de la carte | Cardholder name: _____

Signature du titulaire de la carte | Cardholder signature: _____