

# Fondation du cancer des Cèdres | Cedars Cancer Foundation

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

Tél: (514) 656-6662 Fax: (514) 303-1288

Numéro d'enregistrement | Charity Registration Number (105202501 RR0001)



## 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](mailto:natalia.kalbarczyk@cedarscancer.ca)

Nom de l'équipe | Team name: .....

Nom du payeur | 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 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 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**

**VISA**  **MasterCard**  **AMERICAN EXPRESS**  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: .....

**Merci pour votre générosité | Thank you for your generosity**



Centre universitaire de santé McGill



McGill University Health Centre



MEMBRE DU / MEMBER OF  
Réseau de cancérologie Rossy  
Rossy Cancer Network