

Formulaire de dons

Pledge Form

Nom du Relais (communauté) Name of Relay (community)

Équipe Team

Capitaine d'équipe Team Captain

Participant

Date

1 888 939-3333

relaispoulavie.ca

relayforlife.ca

☐ Madame Ms ☐ Monsieur Mr Année de naissance Date of birth

Prénom First Name

☐ Cocher si don d'entreprise Check if Corporate Donation Nom de l'entreprise (s'il y a lieu) Company's Name (if applicable)

Adresse Address ☐ Domicile Home ☐ Bureau Office N° No. Rue Street App. Apt.

Ville City Province Code Postal Postal Code

Tél. Tel. Courriel E-mail

☐ Comptant Cash ☐ Chèque Cheque* ☐ Collecte générale Collected money ☐  ☐  ☐  (Voir à droite See right)

☐ Reçu postal Postal receipt** ☐ Reçu électronique Electronic receipt* ☐ Pas de reçu No receipt

Signature

☐ Je ne souhaite pas recevoir de communication de la part de la Société canadienne du cancer à la suite de mon don I do not wish to receive any Canadian Cancer Society communications following my donation

CARTE DE CRÉDIT CREDIT CARD

N° carte Card No.

Détenteur de la carte Cardholder's name

Date d'exp. (MM/AA) Expiry Date (MM/YY)

☐ Madame Ms ☐ Monsieur Mr Année de naissance Date of birth

Prénom First Name

☐ Cocher si don d'entreprise Check if Corporate Donation Nom de l'entreprise (s'il y a lieu) Company's Name (if applicable)

Adresse Address ☐ Domicile Home ☐ Bureau Office N° No. Rue Street App. Apt.

Ville City Province Code Postal Postal Code

Tél. Tel. Courriel E-mail

☐ Comptant Cash ☐ Chèque Cheque* ☐ Collecte générale Collected money ☐  ☐  ☐  (Voir à droite See right)

☐ Reçu postal Postal receipt** ☐ Reçu électronique Electronic receipt* ☐ Pas de reçu No receipt

Signature

☐ Je ne souhaite pas recevoir de communication de la part de la Société canadienne du cancer à la suite de mon don I do not wish to receive any Canadian Cancer Society communications following my donation

CARTE DE CRÉDIT CREDIT CARD

N° carte Card No.

Détenteur de la carte Cardholder's name

Date d'exp. (MM/AA) Expiry Date (MM/YY)

* Tous les chèques doivent être libellés au nom de la Société canadienne du cancer
Cheques must be issued to the Canadian Cancer Society

** Un reçu fiscal sera automatiquement émis pour tout don égal ou supérieur à 10 \$
All donations of \$10 or more will be receipted automatically

Montant du don Donation Amount

Sous-total Subtotal

Formulaire de dons

Pledge Form

Nom du Relais (communauté) Name of Relay (community)
 Équipe Team
 Capitaine d'équipe Team Captain
 Participant Date

1 888 939-3333
 relaispourlavie.ca
 relayforlife.ca

3

☐ Madame Ms ☐ Monsieur Mr Année de naissance Date of birth ☐ Français French ☐ Anglais English

Prénom First Name Nom Last name

☐ Cocher si don d'entreprise Check if Corporate Donation Nom de l'entreprise (s'il y a lieu) Company's Name (if applicable)

Adresse Address ☐ Domicile Home ☐ Bureau Office N° No. Rue Street App. Apt.

Ville City Province Code Postal Postal Code

Tél. Tel. Courriel E-mail

☐ Comptant Cash ☐ Chèque Cheque* ☐ Collecte générale Collected money Carte de crédit Credit card    (Voir à droite See right)

☐ Reçu postal Postal receipt** ☐ Reçu électronique Electronic receipt** ☐ Pas de reçu No receipt

Signature

☐ Je ne souhaite pas recevoir de communication de la part de la Société canadienne du cancer à la suite de mon don I do not wish to receive any Canadian Cancer Society communications following my donation

Montant du don Donation Amount

Date d'exp. (MM/AA) Expiry Date (MM/YY)

☐ Madame Ms ☐ Monsieur Mr Année de naissance Date of birth ☐ Français French ☐ Anglais English

Prénom First Name Nom Last name

☐ Cocher si don d'entreprise Check if Corporate Donation Nom de l'entreprise (s'il y a lieu) Company's Name (if applicable)

Adresse Address ☐ Domicile Home ☐ Bureau Office N° No. Rue Street App. Apt.

Ville City Province Code Postal Postal Code

Tél. Tel. Courriel E-mail

☐ Comptant Cash ☐ Chèque Cheque* ☐ Collecte générale Collected money Carte de crédit Credit card    (Voir à droite See right)

☐ Reçu postal Postal receipt** ☐ Reçu électronique Electronic receipt** ☐ Pas de reçu No receipt

Signature

☐ Je ne souhaite pas recevoir de communication de la part de la Société canadienne du cancer à la suite de mon don I do not wish to receive any Canadian Cancer Society communications following my donation

Montant du don Donation Amount

Date d'exp. (MM/AA) Expiry Date (MM/YY)

CARTE DE CRÉDIT CREDIT CARD

N° carte Card No.

.....

Détenteur de la carte Cardholder's name

.....

* Tous les chèques doivent être libellés au nom de la Société canadienne du cancer
 Cheques must be issued to the Canadian Cancer Society

** Un reçu fiscal sera automatiquement émis pour tout don égal ou supérieur à 10 \$
 All donations of \$10 or more will be receipted automatically

Sous-total Subtotal