

Prénom _____ Nom _____

Adresse _____

Ville _____ Prov. _____ Code Postal _____ Téléphone () _____

Nom d'équipe _____ ID d'inscription _____

Je comprends que les fonds recueillis visent à soutenir la mission de la Société de leucémie et lymphome du Canada.

Signature du participant (ou du tuteur légal si le participant est âgé de moins de 18 ans)

IMPORTANT :

1. Écrivez lisiblement
2. Veuillez faire le chèque à l'ordre de la Société de leucémie et lymphome du Canada
3. Un reçu d'impôt sera émis pour tout don de 25 \$ ou plus
4. Demandez à votre employeur d'égaliser le montant de votre don. Envoyez le formulaire de contrepartie équivalente de votre entreprise en même temps que votre formulaire de promesse de don à l'adresse ci-dessous.
5. Pour obtenir de l'aide, ou si vous avez des questions ou des commentaires, n'hésitez pas à communiquer avec nous au

PROMESSES DE DONS

MONTANT ^{PAYÉ} [✓]

1	PRÉNOM _____	NOM _____	CODE RÉGIONAL _____	TÉLÉPHONE _____	<input type="radio"/> COMPTANT <input type="radio"/> CHÈQUE	<input type="radio"/> 25 \$ <input type="radio"/> 50 \$ <input type="radio"/> 75 \$ <input type="radio"/> 100 \$ <input type="radio"/> AUTRE : _____	○
	ADRESSE _____	VILLE _____	PROV _____	CODE POSTAL _____			
	COURRIEL _____	DÉSABONNEMENT* <input type="radio"/>					
2	PRÉNOM _____	NOM _____	CODE RÉGIONAL _____	TÉLÉPHONE _____	<input type="radio"/> COMPTANT <input type="radio"/> CHÈQUE	<input type="radio"/> 25 \$ <input type="radio"/> 50 \$ <input type="radio"/> 75 \$ <input type="radio"/> 100 \$ <input type="radio"/> AUTRE : _____	○
	ADRESSE _____	VILLE _____	PROV _____	CODE POSTAL _____			
	COURRIEL _____	DÉSABONNEMENT* <input type="radio"/>					
3	PRÉNOM _____	NOM _____	CODE RÉGIONAL _____	TÉLÉPHONE _____	<input type="radio"/> COMPTANT <input type="radio"/> CHÈQUE	<input type="radio"/> 25 \$ <input type="radio"/> 50 \$ <input type="radio"/> 75 \$ <input type="radio"/> 100 \$ <input type="radio"/> AUTRE : _____	○
	ADRESSE _____	VILLE _____	PROV _____	CODE POSTAL _____			
	COURRIEL _____	DÉSABONNEMENT* <input type="radio"/>					
4	PRÉNOM _____	NOM _____	CODE RÉGIONAL _____	TÉLÉPHONE _____	<input type="radio"/> COMPTANT <input type="radio"/> CHÈQUE	<input type="radio"/> 25 \$ <input type="radio"/> 50 \$ <input type="radio"/> 75 \$ <input type="radio"/> 100 \$ <input type="radio"/> AUTRE : _____	○
	ADRESSE _____	VILLE _____	PROV _____	CODE POSTAL _____			
	COURRIEL _____	DÉSABONNEMENT* <input type="radio"/>					
5	PRÉNOM _____	NOM _____	CODE RÉGIONAL _____	TÉLÉPHONE _____	<input type="radio"/> COMPTANT <input type="radio"/> CHÈQUE	<input type="radio"/> 25 \$ <input type="radio"/> 50 \$ <input type="radio"/> 75 \$ <input type="radio"/> 100 \$ <input type="radio"/> AUTRE : _____	○
	ADRESSE _____	VILLE _____	PROV _____	CODE POSTAL _____			
	COURRIEL _____	DÉSABONNEMENT* <input type="radio"/>					

VEUILLEZ RETOURNER CE FORMULAIRE DE PROMESSE DE DON ET TOUS VOS DONS À L'ADRESSE SUIVANTE :

Société de leucémie et lymphome du Canada

ADMINISTRATION SEULEMENT :

ARGENT LIQUIDE _____

CHÈQUES _____

TOTALE _____

GRAND TOTAL : \$ _____

PAGE _____ **DE** _____