



Formulaire de dons

Vous pouvez retourner ce formulaire ainsi que tous les dons en argent ou par chèque à :

SOCIÉTÉ DE LA SP - Section Côte-Nord
 652, rue DeQuen
 Sept-Îles, Québec
 G4R 2R5
 418 968-6688

PARTICIPANT

Nom : _____
 Adresse : _____
 Ville : _____ Prov. : _____
 Code postal : _____ N° de tél. (jour) : _____
 Adresse courriel : _____

Domicile
 Travail

Je consens à ce que la Société canadienne de la sclérose en plaques communique avec moi par courrier électronique.

DONATEURS

Veillez entrer sur le présent formulaire **UNIQUEMENT** les dons par chèque ou en espèces. **Pour les dons par carte de crédit, rendez-vous sur notre site sécurisé cyclotoursp.ca ou composez le 1 800 268-7582.** • Les personnes qui font un don de 20 \$ ou plus recevront automatiquement un reçu officiel si une adresse postale valide nous est transmise. Si un donateur fournit son adresse électronique, nous lui ferons parvenir son reçu officiel par courriel. • Une adresse postale valide et complète est requise pour qu'un reçu officiel soit produit, et ce, même si une adresse de courriel est fournie.

| | | | | Montant du don |
|---|--|----------------|------------------|---|
| 1 | PRÉNOM (Écrire en lettres détachées au-dessus de la ligne) | NOM DE FAMILLE | ADRESSE COURRIEL | N° DE TÉLÉPHONE |
| | N° D'APP | ADRESSE | VILLE | PROVINCE |
| | | | | <input type="checkbox"/> 25 \$ <input type="checkbox"/> 50 \$ <input type="checkbox"/> 75 \$ <input type="checkbox"/> 100 \$ OU _____ \$ |
| 2 | PRÉNOM (Écrire en lettres détachées au-dessus de la ligne) | NOM DE FAMILLE | ADRESSE COURRIEL | N° DE TÉLÉPHONE |
| | N° D'APP | ADRESSE | VILLE | PROVINCE |
| | | | | <input type="checkbox"/> 25 \$ <input type="checkbox"/> 50 \$ <input type="checkbox"/> 75 \$ <input type="checkbox"/> 100 \$ OU _____ \$ |
| 3 | PRÉNOM (Écrire en lettres détachées au-dessus de la ligne) | NOM DE FAMILLE | ADRESSE COURRIEL | N° DE TÉLÉPHONE |
| | N° D'APP | ADRESSE | VILLE | PROVINCE |
| | | | | <input type="checkbox"/> 25 \$ <input type="checkbox"/> 50 \$ <input type="checkbox"/> 75 \$ <input type="checkbox"/> 100 \$ OU _____ \$ |
| 4 | PRÉNOM (Écrire en lettres détachées au-dessus de la ligne) | NOM DE FAMILLE | ADRESSE COURRIEL | N° DE TÉLÉPHONE |
| | N° D'APP | ADRESSE | VILLE | PROVINCE |
| | | | | <input type="checkbox"/> 25 \$ <input type="checkbox"/> 50 \$ <input type="checkbox"/> 75 \$ <input type="checkbox"/> 100 \$ OU _____ \$ |
| 5 | PRÉNOM (Écrire en lettres détachées au-dessus de la ligne) | NOM DE FAMILLE | ADRESSE COURRIEL | N° DE TÉLÉPHONE |
| | N° D'APP | ADRESSE | VILLE | PROVINCE |
| | | | | <input type="checkbox"/> 25 \$ <input type="checkbox"/> 50 \$ <input type="checkbox"/> 75 \$ <input type="checkbox"/> 100 \$ OU _____ \$ |

Il est entendu que les fonds que je recueille serviront à soutenir la mission de la Société canadienne de la sclérose en plaques.

| | |
|------------------------|----------|
| Total de ce formulaire | _____ \$ |
|------------------------|----------|

 Signature du participant ou de la participante (ou du parent ou du tuteur si le participant ou la participante a moins de 18 ans)