au profit de Fondation Centre de cancérologie Charles-Bruneau

FORMULAIRE DE DONS / 24H DE TREMBLANT

12-14 décembre 2008
December 12-14, 2008

Information : fondation@charlesbruneau.qc.ca
1.877.256.0404

Nom du capitaine/Captain's Name

Adresse/Address — No d'App./Apt No.

Ville/City — Code Postal/Postal Code

Tél. Rés./Home Tel. — Tél. Bur./Bus.Tel.

Nom de l'équipe/Team's name — Courriel/Email

LES REÇUS SERONT ÉMIS POUR LES DONS DE 20$ ET PLUS (SUR DEMANDE SI MOINS DE 20$). LES CHÈQUES DEVRONT ÊTRE LIBELLÉS AU **24H DE TREMBLANT** ET POSTÉS AU : 4515, RUE DE ROUEN, MONTRÉAL, QUÉBEC H1V 1H1

RECEIPTS WILL BE ISSUED FOR DONATIONS OF $20 OR MORE (UPON REQUEST FOR LESS). PLEASE MAKE YOUR CHECK PAYABLE TO **24H DE TREMBLANT** AND MAILED TO 4515, DE ROUEN, MONTREAL, QUEBEC H1V 1H1

S.V.P. ÉCRIRE EN LETTRES MOULÉES/PLEASE PRINT

Nom/Last Name	Prénom/First Name	Tél. Rés./Home Tel.	Tél. Bureau/Bus. Tel.	$ Par/Per KM	Total KM*	Montant Fixe Fix Amount / Total Payé Total Paid
Adresse/Address	Ville-Prov./City-Prov.	Code Postal/Postal Code	Courriel/Email			

❑ Comptant/Cash ❑ Chèque/Cheque ❑ Mastercard ❑ VISA — N° de carte de crédit/Credit Card No. — Date d'expiration/Expiry Date — Compagnie/Company — Signature

Nom/Last Name	Prénom/First Name	Tél. Rés./Home Tel.	Tél. Bureau/Bus. Tel.	$ Par/Per KM	Total KM*	Montant Fixe Fix Amount / Total Payé Total Paid
Adresse/Address	Ville-Prov./City-Prov.	Code Postal/Postal Code	Courriel/Email			

❑ Comptant/Cash ❑ Chèque/Cheque ❑ Mastercard ❑ VISA — N° de carte de crédit/Credit Card No. — Date d'expiration/Expiry Date — Compagnie/Company — Signature

Nom/Last Name	Prénom/First Name	Tél. Rés./Home Tel.	Tél. Bureau/Bus. Tel.	$ Par/Per KM	Total KM*	Montant Fixe Fix Amount / Total Payé Total Paid
Adresse/Address	Ville-Prov./City-Prov.	Code Postal/Postal Code	Courriel/Email			

❑ Comptant/Cash ❑ Chèque/Cheque ❑ Mastercard ❑ VISA — N° de carte de crédit/Credit Card No. — Date d'expiration/Expiry Date — Compagnie/Company — Signature

❑ J'aimerais payer les dons de mes commanditaires en entier par : ❑ Comptant ❑ Chèque ❑ Mastercard ❑ VISA
❑ I would like to pay my sponsors' pledges in full by: ❑ Cash ❑ Cheque ❑ Mastercard ❑ VISA

TOTAL

N° de carte de crédit/Credit Card No. — Date d'expiration/Expiry Date

Date _____ Montant payé / Amount Paid $ _____ Signature _____

*** Moyenne par équipe, 200 à 300 km; Team average, 200 to 300 km**

À L'USAGE DU BUREAU/FOR OFFICE USE ONLY			
# d'équipe Team #	Date	Somme versée Amount Received	Solde à percevoir Balance outstanding

Veuillez faire parvenir votre formulaire dûment rempli par télécopieur au 514.256.2116 avant le 10 décembre 2008.
Après cette date, les formulaires additionnels devront être apportés sur place lors de l'événement.

Please forward your duly completed form by fax to 514.256.2116 before December 10, 2008.
After this date, you will be required to present additional forms on site during the event.