



Prénom _____ Nom _____
 Adresse _____
 Ville _____ Prov. _____ Code Postal _____ Téléphone () _____
 Nom d'équipe _____

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 1-833-222-4884

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 : _____	<input type="radio"/>
	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 : _____	<input type="radio"/>
	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 : _____	<input type="radio"/>
	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 : _____	<input type="radio"/>
	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 : _____	<input type="radio"/>
	ADRESSE _____	VILLE _____	PROV _____	CODE POSTAL _____			
	COURRIEL _____	DÉSABONNEMENT* <input type="radio"/>					

Guérir la leucémie, le lymphome, la maladie de Hodgkin et le myélome, et améliorer la qualité de vie des patients et de leur famille.

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** _____

*Désabonnement : La Société de leucémie et lymphome du Canada (SLLC) conserve les renseignements personnels demandés sur ce formulaire à des fins de communications sur la SLLC et ses activités de financement. La SLLC ne vend, n'échange ni ne communique vos renseignements à aucune partie. Si vous souhaitez ne pas recevoir d'information de la part de la SLLC, veuillez cocher la puce marquée « Désabonnement » ci-dessus ou communiquer avec nous au 1-833-222-4884. La Société de leucémie et lymphome du Canada - Numéro d'enregistrement d'organisme de bienfaisance 107623654 RR0001