



1155 North Service Road West, Unit 11  
Oakville, Ontario L6M 3E3

Tel: (905) 901-5121  
www.melanomanetwork.ca

# FORMULAIRE DE DON

Faites un don en ligne @ [www.melanomanetwork.ca](http://www.melanomanetwork.ca)

**OUI!** J'aimerais appuyer les programmes de bienfaisance du Réseau mélanome Canada et financer sa recherche :

J'inclus un **don unique** de:  500\$  250\$  100\$  50\$  Autre: \_\_\_\_\_

J'aimerais faire un **don mensuel** de:  100\$/mois  50\$/mois  Autre: \_\_\_\_\_/mois

## TYPE DE DON

**Don général**  **Don in memoriam:** \_\_\_\_\_  **Don en l'honneur:** \_\_\_\_\_

*Destinataire de la carte in memoriam:*

**Nom:** \_\_\_\_\_ **Adresse:** \_\_\_\_\_

**Ville:** \_\_\_\_\_ **Prov/ État:** \_\_\_\_\_ **Code postal/Zip:** \_\_\_\_\_

**En quel(s) nom(s) aimeriez-vous que la carte soit signée:** \_\_\_\_\_

## COORDONNÉES DU DONATEUR

**Prénom:** \_\_\_\_\_ **Nom:** \_\_\_\_\_

**Nom de l'entreprise (le cas échéant):** \_\_\_\_\_

**Adresse:** \_\_\_\_\_ **Bureau:** \_\_\_\_\_

**Ville:** \_\_\_\_\_ **Prov/État:** \_\_\_\_\_ **Code postal/Zip:** \_\_\_\_\_

**Pays:** \_\_\_\_\_ **Téléphone:** \_\_\_\_\_

**Adresse électronique:** \_\_\_\_\_

## PAIEMENT

Chèque  Mandat-poste  Visa  Mastercard

**Nom sur la carte:** \_\_\_\_\_

**Numéro de la carte:** \_\_\_\_\_ **Date d'expiration:** \_\_\_\_\_

**Signature:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_

## RENSEIGNEMENTS REQUIS POUR FOURNIR UN REÇU AUX FINS D'IMPÔT

Le reçu pour fins d'impôt sera émis au nom de:  Particulier  Entreprise

- Un reçu aux fins d'impôt sera envoyé par la poste pour les dons de 25 \$ ou plus.
- Numéro d'enregistrement à titre d'organisme de bienfaisance # 854913050 RR001

**Merci d'avoir choisi le Réseau mélanome Canada!**