MARCHE SP MD

# Formulaire de dons

Lieu de la marche : _____

## PARTICIPANT

Nom : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Prov. : _____

Code postal : _____ N° de tél. (jour) : _____ ☐ Domicile ☐ Travail

Adresse courriel : _____

☐ Je consens à ce que **SP Canada** communique avec moi par courrier électronique.

## DONATEURS

Veuillez 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 marchesp.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 | | Nº DE TÉLÉPHONE | ☐ 25 $ ☐ 50 $ ☐ 75 $ ☐ 100 $ OU _____$ |
| | N° D'APP ADRESSE | VILLE | PROVINCE | CODE POSTAL | | |
| 2 | PRÉNOM (Écrire en lettres détachées au-dessus de la ligne) | NOM DE FAMILLE | ADRESSE COURRIEL | | Nº DE TÉLÉPHONE | ☐ 25 $ ☐ 50 $ ☐ 75 $ ☐ 100 $ OU _____$ |
| | N° D'APP ADRESSE | VILLE | PROVINCE | CODE POSTAL | | |
| 3 | PRÉNOM (Écrire en lettres détachées au-dessus de la ligne) | NOM DE FAMILLE | ADRESSE COURRIEL | | Nº DE TÉLÉPHONE | ☐ 25 $ ☐ 50 $ ☐ 75 $ ☐ 100 $ OU _____$ |
| | N° D'APP ADRESSE | VILLE | PROVINCE | CODE POSTAL | | |
| 4 | PRÉNOM (Écrire en lettres détachées au-dessus de la ligne) | NOM DE FAMILLE | ADRESSE COURRIEL | | Nº DE TÉLÉPHONE | ☐ 25 $ ☐ 50 $ ☐ 75 $ ☐ 100 $ OU _____$ |
| | N° D'APP ADRESSE | VILLE | PROVINCE | CODE POSTAL | | |
| 5 | PRÉNOM (Écrire en lettres détachées au-dessus de la ligne) | NOM DE FAMILLE | ADRESSE COURRIEL | | Nº DE TÉLÉPHONE | ☐ 25 $ ☐ 50 $ ☐ 75 $ ☐ 100 $ OU _____$ |
| | N° D'APP ADRESSE | VILLE | PROVINCE | CODE POSTAL | | |

Il est entendu que les fonds que je recueille serviront à soutenir la mission de **SP Canada**.

| 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)

SP Canada est membre d'Imagine Canada. Que vous vous impliquiez dans le cadre de l'un de nos événements comme participant ou en tant que bénévole, nous vous demandons d'adhérer au Code d'éthique d'Imagine Canada, conformément à l'énoncé de SP Canada intitulé « Pratiques éthiques : partenariat avec les collecteurs de fonds et les bénévoles », que vous pouvez lire en vous rendant à l'adresse spcanadaca/finances. SP Canada recueille les renseignements personnels requis sur le présent formulaire dans le but de vous communiquer de l'information concernant SP Canada et ses activités de collecte de fonds. En remplissant ce formulaire, vous consentez par la présente à ce que SP Canada recueille, utilise et communique vos renseignements personnels, conformément à la politique de confidentialité de SP Canada. Si vous avez des questions au sujet de vos renseignements personnels, veuillez communiquer avec notre responsable en matière de confidentialité, au 1 800 268-7582. Vous pouvez obtenir un exemplaire de notre politique de confidentialité à n'importe quel bureau de SP Canada ou en visitant le **spcanada.ca**.

SP Canada