L'Hôpital d'Ottawa

FORMULAIRE DE PROMESSES DE DONS

COUREZ POUR UNE RAISON

À LA FIN DE SEMAINE DES COURSES D'OTTAWA TAMARACK

Veuillez écrire lisiblement en lettres moulées et vous assurer que tous les renseignements sont exacts.

☐ M. ☐ Mme. ☐ Mlle. ☐ Autre

Prénom : _____ Nom : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____

Téléphone (domicile) : _____ Téléphone (travail) : _____

Courriel : _____ Âge : _____

Nom de l'équipe : _____
(si applicable)

Les promesses de dons seront affectées au domaine de L'Hôpital d'Ottawa désigné par l'équipe.

Veuillez indiquer l'épreuve à laquelle vous êtes inscrit

☐ Marathon d'Ottawa
☐ Demi-marathon d'Ottawa
☐ 10 km ☐ 5 km ☐ 2 km
☐ Le défi des équipes de Bytown

VEUILLEZ NOTEZ :

- **Le solliciteur de fonds est responsable du recouvrement de toutes les promesses de dons.**
- **Des reçus officiels seront remis pour toutes les promesses de dons de 15 $ ou plus.**
- **Les chèques doivent être faits à l'ordre de La Fondation de l'Hôpital d'Ottawa.**
- **Veuillez écrire lisiblement en lettres moulées et fournir votre adresse complète, si vous voulez recevoir un reçu officiel.**

NOM DU DONATEUR	ADRESSE	VILLE	PROV.	POSTAL CODE	TÉLÉPHONE	PROMESSE DE DON
					TOTAL $	

VOUS POUVEZ AUSSI RECUEILLIR DES FONDS EN LIGNE!

Consultez le site www.raceroster.com afin de créer votre page Web personnelle de collecte de fonds. Pour en savoir plus, communiquez avec : 613-798-5555, poste 19832 ou par courriel à evenements@hopitalottawa.ca
Numéro d'enregistrement d'organisme de bienfaisance : 86904 2747 RR0001

La Fondation de l'Hôpital d'Ottawa
737, avenue Parkdale, 1er étage
Ottawa, Ontario K1Y 1J8