APPUYEZ L'HÔPITAL D'OTTAWA

À LA FIN DE SEMAINE DES COURSES D'OTTAWA TAMARACK

FORMULAIRE DE PROMESSES DE DONS

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

☐ M. ☐ Mme. ☐ Mlle. ☐ Dr ☐ Dre ☐ 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 marathon d'Ottawa pour les enfants

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.

L'Hôpital d'Ottawa Fondation

La Fondation de l'Hôpital d'Ottawa
737, avenue Parkdale, 1er étage Ottawa, Ontario K1Y 1J8
N° Organisme charitable: 86904 2747 RR0001
Pour en savoir plus :
613-798-5555, poste 19832 ou courriel evenements@lho.ca

CourezPourUneRaison.ca

25-26 Mai 2024