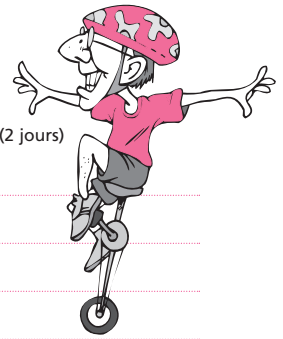




FORMULAIRE DE SOLLICITATION DE COMMANDITES

Prière d'écrire lisiblement en lettres MAJUSCULES.



Parcours choisi : 25 km 50 km 70 km 107 km 200 km (1 jour) 200 km (2 jours)

Nom du solliciteur : _____

Nom de l'équipe : _____

Adresse : _____

Ville : _____

Province : _____

Code postal : _____

Téléphone : () _____

Cellulaire : () _____

Courriel : _____

Les chèques doivent être libellés à l'ordre de la **Fondation de l'Hôpital régional de Saint-Jérôme**. Des reçus aux fins d'impôt (pour les dons de 10\$ et plus) seront expédiés, dans les quatre semaines suivant l'événement, aux donateurs dont nous aurons les coordonnées complètes seulement. Prière de remettre ce formulaire dûment rempli, accompagné de l'argent comptant et des chèques recueillis, directement au bureau de la Fondation situé au 185 rue Durand (près de l'Hôpital) d'ici le 5 septembre 2008 ou à un officiel «Vélo à notre santé» le jour de l'événement, le 7 septembre, à la Place de la Gare de Saint-Jérôme. Merci!

À L'USAGE DE LA FONDATION

Autobus

Boîte à lunch

T-shirt remis

Maillot remis

Date : _____

Initiales : _____

COORDONNÉES DU DONATEUR	MONTANT	
	COMPTANT	CHÈQUE
Nom : _____ <input type="checkbox"/> Reçu requis Adresse : _____ Code postal : _____ Téléphone : () _____		
Nom : _____ <input type="checkbox"/> Reçu requis Adresse : _____ Code postal : _____ Téléphone : () _____		
Nom : _____ <input type="checkbox"/> Reçu requis Adresse : _____ Code postal : _____ Téléphone : () _____		
Nom : _____ <input type="checkbox"/> Reçu requis Adresse : _____ Code postal : _____ Téléphone : () _____		
Nom : _____ <input type="checkbox"/> Reçu requis Adresse : _____ Code postal : _____ Téléphone : () _____		
Nom : _____ <input type="checkbox"/> Reçu requis Adresse : _____ Code postal : _____ Téléphone : () _____		
Nom : _____ <input type="checkbox"/> Reçu requis Adresse : _____ Code postal : _____ Téléphone : () _____		
Nom : _____ <input type="checkbox"/> Reçu requis Adresse : _____ Code postal : _____ Téléphone : () _____		
<i>Au besoin, utilisez la page suivante de ce formulaire.</i> <input type="checkbox"/> Total ou <input type="checkbox"/> Total partiel à reporter 🖱️		

COORDONNÉES DU DONATEUR		MONTANT	
		COMPTANT	CHÈQUE
Vélo à notre santé 2008		TOTAL PARTIEL REPORTÉ :	
Nom : _____	<input type="checkbox"/> Reçu requis		
Adresse : _____			
Code postal : _____	Téléphone : () _____		
Nom : _____	<input type="checkbox"/> Reçu requis		
Adresse : _____			
Code postal : _____	Téléphone : () _____		
Nom : _____	<input type="checkbox"/> Reçu requis		
Adresse : _____			
Code postal : _____	Téléphone : () _____		
Nom : _____	<input type="checkbox"/> Reçu requis		
Adresse : _____			
Code postal : _____	Téléphone : () _____		
Nom : _____	<input type="checkbox"/> Reçu requis		
Adresse : _____			
Code postal : _____	Téléphone : () _____		
Nom : _____	<input type="checkbox"/> Reçu requis		
Adresse : _____			
Code postal : _____	Téléphone : () _____		
Nom : _____	<input type="checkbox"/> Reçu requis		
Adresse : _____			
Code postal : _____	Téléphone : () _____		
Nom : _____	<input type="checkbox"/> Reçu requis		
Adresse : _____			
Code postal : _____	Téléphone : () _____		
Nom : _____	<input type="checkbox"/> Reçu requis		
Adresse : _____			
Code postal : _____	Téléphone : () _____		
<i>Au besoin, utilisez une autre page.</i>		<input type="checkbox"/> Total ou <input type="checkbox"/> Total partiel à reporter 	