La Société de l'arthrite présente la Marche contre la douleur le fabricant de TYLENOL en partenariat avec

FORMULAIRE DE CONSIGNATION DES DONS POUR LA MARCHE CONTRE LA DOULEUR 2012

Visitez le www.marchecontreladouleur.ca pour vous inscrire en ligne.

Le jour de la Marche, apportez ce formulaire dûment rempli ainsi que tous vos dons en espèces et par chèque. N'inscrivez pas vos dons en ligne sur ce formulaire.

La Société de l'arthrite

Renseignements sur le participant *Veuillez fournir les renseignements ci-dessous.*

Lieu de la Marche : _____ Langue préférée : ❑ Français ❑ Anglais

Prénom : _____ Nom : _____ Entreprise (le cas échéant) : _____

❑ Adresse travail ❑ Adresse maison Téléphone : _____ Courriel : _____

Adresse : _____ Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____

Renseignements sur l'équipe *Si vous participez à la Marche en tant que membre d'une équipe, veuillez fournir les renseignements ci-dessous.*

Nom de l'équipe : _____ Prénom du capitaine : _____ Nom du capitaine : _____

• Veuillez écrire lisiblement en majuscules et fournir les renseignements ci-dessous. • Les chèques doivent être établis à l'ordre de la Société de l'arthrite et ne doivent pas être postdatés. • Un reçu officiel sera émis avant la fin de l'été pour chaque don de 20 $ ou plus si les renseignements inscrits sont complets et lisibles.
• Tous les renseignements personnels fournis sur ce formulaire sont considérés comme confidentiels. La Société de l'arthrite utilise ce type de renseignements pour demeurer en contact avec ses donateurs et les participants à ses événements afin de less informer au sujet de ses activités et de leur donner l'occasion d'appuyer son travail en lui faisant un don. Si vous ne souhaitez pas que la Société communique avec vous à l'avenir, veuillez cochez la case A.

Titre	Prénom	Nom	Adresse postale	Numéro de carte de crédit *(pour les dons par carte de crédit)*	Date d'expiration	Montant du don	Montant recueilli	Reçu nécessaire	A
Mme	Jane	Smith	123, rue Principale, bureau 101 Ville exemple (Québec) M1M 1M1	1234 5678 9123 4567	08/14	50 $	50 $		✓

À USAGE INTERNE SEULEMENT

Initiales _____

Pièces _____ $
Billets _____ $
Chèques _____ $
Grand total _____ $

Paiement des promesses de don

J'aimerais payer mes promesses de don au montant de _____ $

❑ Visa ❑ MC ❑ AMEX ❑ Chèque

Numéro de carte de crédit : _____ Date d'expiration : _____

Signature : _____

Montant total recueilli _____

Total des dons inscrits sur tous les formulaires _____ $

Total des dons en ligne _____ $

Montant total recueilli (formulaires + dons en ligne) = _____ $

Titre	Prénom	Nom	Adresse postale	Numéro de carte de crédit *(pour les dons par carte de crédit)*	Date d'expiration	Montant du don	Montant recueilli	Reçu nécessaire	A
Mme	Jane	Smith	123, rue Principale, bureau 101 Ville exemple (Québec) M1M 1M1	1234 5678 9123 4567	08/14	50 $	50 $		✓
						Montant total recueilli			

DÉGAGEMENT DES RESPONSABILITÉS :

Dégagement des responsabilités pour la Marche contre la douleur. Lire attentivement. En contrepartie de l'acceptation de ma demande et de mon inscription à la Marche contre la douleur 2012 au profit de la Société de l'arthrite, je dégage la Marche de l'arthrite et tout autre organisation, organisme d'accréditation ou entreprise commanditaire, en mon nom et en celui de tous mes héritiers et successeurs, de toutes responsabilités, poursuites, réclamations, y compris des frais de cour relatifs à une blessure, à une perte ou à des dommages de quelque type que ce soit à ma personne ou à mes biens, résultant de ma participation comme marcheur ou spectateur. Je déclare être physiquement apte à prendre part à la Marche contre la douleur. Je déclare avoir pris connaissance de la présente déclaration de dégagement des responsabilités et en comprendre toutes les dispositions. Il est entendu qu'en y apposant ma signature, je renonce à des droits considérables, ce que je fais de plein gré et sans qu'on m'ait fait de promesses de récompense ou de garanties quelconques. Ma signature constitue un dégagement complet, final et sans réserve de toute responsabilité légale. J'autorise la Société de l'arthrite à utiliser toute photo prise de moi pendant la Marche contre la douleur, dans n'importe quel medium, site Internet, promotion spéciale, partout et à perpétuité. La Société de l'arthrite s'engage à préserver le caractère confidentiel de tous les renseignements personnels fournis dans ce formulaire. Nous utiliserons ces renseignements pour répondre à vos demandes, vous informer à propos de nos programmes et services et solliciter votre soutien financier. Si vous souhaitez que nous cessions de communiquer avec vous, appelez au 1.800.321.1433.

Numéro d'enregistrement d'organisme de bienfaisance : 108071671RR0003

Nom du participant : _____ Signature du participant : _____

Signature du parent ou tuteur (si le participant a moins de 18 ans) : _____ Date: _____

Autres mineurs : _____