

**FONDATION CURE**

**FORMULAIRE DE DEMANDE DE REÇU FISCAL - DON**

Écrire votre nom lisiblement de la même façon qu'il doit apparaître sur votre reçu fiscal.

Prénom: \_\_\_\_\_ Nom: \_\_\_\_\_ Montant: \_\_\_\_\_ \$

Adresse: \_\_\_\_\_

Ville: \_\_\_\_\_ Province: \_\_\_\_\_ Code Postal: \_\_\_\_\_

Téléphone: \_\_\_\_\_ Courriel: \_\_\_\_\_

-----

**CURE FOUNDATION**

**TAX RECEIPT REQUEST FORM - DONATION**

Print your name clearly as you wish it to appear on your tax receipt.

First name: \_\_\_\_\_ Last Name: \_\_\_\_\_ Amount: \$ \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

City: \_\_\_\_\_ Province: \_\_\_\_\_ Postal Code: \_\_\_\_\_

Phone: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_