

— FORMULAIRE —

Votre proposition d'une activité de collecte de fonds au profit de la Société Alzheimer de Montréal

IMPORTANT

- ✓ Votre proposition doit être acceptée par la Société Alzheimer de Montréal avant que ne débutent l'organisation et la promotion de l'activité de financement.
- ✓ Prévoyez un délai d'environ deux semaines pour l'analyse de votre proposition.
- ✓ Inspirez-vous du présent guide *Organisez votre activité de collecte de fonds au profit de la Société Alzheimer de Montréal*.

ORGANISATEUR(S)

Particulier Entreprise Établissement scolaire Association/organisation

Autre (spécifiez) _____

Nom _____ Prénom _____

Nom et prénom de la ou du responsable _____

Nom de votre groupe/ de votre activité _____

Adresse _____

Ville _____ Province/État _____ Code postal _____

Téléphones | BUREAU _____ | RÉSIDENCE _____ | CELLULAIRE _____

Courriel ❶ _____ Courriel ❷ _____

NOMS ET COORDONNÉES DES MEMBRES DE VOTRE COMITÉ ORGANISATEUR

CIVILITÉ (M ^{me} , M., etc.)	PRÉNOM	NOM	ADRESSE	VILLE	CODE POSTAL	TÉLÉPHONE	COURRIEL

Qu'est-ce qui a motivé votre choix de retenir la Société Alzheimer de Montréal comme bénéficiaire de votre activité de collecte de fonds?

VOTRE ACTIVITÉ

Titre ou description _____

Lieu _____ Date, heure, durée _____

Nom de la personne-ressource _____

Adresse _____

Téléphone _____ Courriel _____

VOS COMMANDITAIRES

Énumérez les commanditaires potentiels :

VOTRE BUDGET

Budget détaillé des revenus et des dépenses de votre activité

Revenus bruts

DESCRIPTION	REVENUS PRÉVUS
TOTAL DES REVENUS BRUTS	\$

Dépenses

DESCRIPTION	DÉPENSES PRÉVUES
TOTAL DES DÉPENSES	\$
REVENUS NETS PRÉVUS (Total des revenus bruts – Total des dépenses)	\$

REÇUS FISCAUX

Y aura-t-il des reçus fiscaux à émettre pour don? OUI NON

Désirez-vous recevoir des formulaires de dons de la Société Alzheimer de Montréal?

OUI, combien? _____ NON

GARDEZ LE LIEN AVEC LA SOCIÉTÉ ALZHEIMER DE MONTRÉAL

Désirez-vous recevoir les « infolettres » de la Société, les bulletins d'information de l'organisme qui sont diffusés en ligne et qui permettent de découvrir les activités régulières de la Société (et de réduire les coûts et les frais postaux)? OUI Non

Courriel(s) _____

PRÉSENCE DE REPRÉSENTANTS DE LA SOCIÉTÉ ALZHEIMER DE MONTRÉAL

Voyez-vous utile la participation d'un ou des membres du personnel de la Société Alzheimer de Montréal à votre activité? OUI, combien? _____ NON

(Si « oui », faites S.V.P. votre demande au moins 30 jours avant la tenue de votre activité. Compte tenu des nombreuses demandes qui lui sont adressées, la Société ne peut garantir la présence d'un ou de représentants.)

Désirez-vous recevoir des dépliants sur les programmes et services de la Société Alzheimer de Montréal?

OUI, combien? _____ NON

Y a-t-il d'autres outils ou matériel de promotion que vous souhaiteriez obtenir de la Société Alzheimer de Montréal?

OUI, merci de préciser: _____ NON

NOTEZ

- ✓ La Société Alzheimer de Montréal n'encourage ou n'accepte aucune activité de porte-à-porte ou de vente pyramidale, non plus que de collecte de fonds, spécifiquement pour une personne.
- ✓ Elle ne s'engage aucunement à avancer des fonds pour le démarrage d'une activité.
- ✓ Tout matériel promotionnel relatif à l'activité doit être approuvé par la Société avant sa production ou diffusion.
- ✓ Le comité organisateur de votre activité et/ou la personne-ressource dégage la Société Alzheimer de Montréal de toute responsabilité de quelque nature que ce soit.
- ✓ Aucune dépense entreprise dans le cadre de l'activité n'engage la Société Alzheimer de Montréal.
- ✓ La Société Alzheimer de Montréal ne peut être tenue responsable d'un manque à gagner ou des engagements pris par votre comité organisateur.
- ✓ La Société Alzheimer de Montréal n'est aucunement responsable de la vente de billets pour votre activité.
- ✓ Votre comité organisateur doit obtenir l'approbation de la Société Alzheimer de Montréal avant de solliciter une personnalité publique comme porte-parole de l'activité.

J'ai ou nous avons lu et compris les modalités d'organisation d'une activité de collecte de fonds au profit de la Société Alzheimer de Montréal.

NOM ET PRÉNOM (MAJUSCULES)

SIGNATURE

DATE (AA/M/J)

NOM ET PRÉNOM (MAJUSCULES)

SIGNATURE

DATE (AA/M/J)

NOM ET PRÉNOM (MAJUSCULES)

SIGNATURE

DATE (AA/M/J)

Remplir et retourner votre formulaire au plus tôt :

Coordonnateur du développement du financement

Société Alzheimer de Montréal

4505, rue Notre-Dame Ouest

Montréal (Québec) H4C 1S3

info@alzheimermontreal.ca | Télécopieur **514 369-4103** | Téléphone **514 369-0800**

FORMULAIRE DE COLLECTE DE DONS AU PROFIT DE LA SOCIÉTÉ ALZHEIMER DE MONTRÉAL

Nom de l'événement _____

Nom de famille et prénom du participant (s'il y a lieu) _____ N° du formulaire _____

	CIVILITÉ (M ^{me} , M., etc.)	PRÉNOM	NOM	ADRESSE	VILLE	CODE POSTAL	COURRIEL	MONTANT DU DON	REÇU FISCAL	
									OUI	NON
1								\$		
2								\$		
3								\$		
4								\$		
5								\$		
6								\$		
7								\$		
8								\$		
9								\$		
10								\$		
11								\$		
12								\$		
13								\$		
14								\$		
15								\$		
16								\$		
17								\$		
18								\$		
19								\$		
20								\$		
TOTAL DES DONS AMASSÉS								\$		