

1. RESPONSABLE DU PROJET

Prénom : _____ Nom : _____

Titre : _____

Nom de l'organisation : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Code postal : _____

Téléphone : _____ Cellulaire : _____

Courriel : _____

Autres membres du comité organisateur :

2. DESCRIPTION DU PROJET

Nom de l'activité proposée : _____

Description du projet en quelques lignes : _____

Comment comptez-vous amasser des dons à travers cette activités? _____

Date de l'activité : _____ Lieu : _____

Nombre de participants prévus : _____

Potentiel de récurrence (est-ce que l'activité se répétera?) Oui Non

5. ENTENTE

- a) Sur demande, la Fondation remettra un reçu pour usage fiscal équivalant à la valeur nette du don aux participants et/ou organisateurs de l'activité.
- b) La Fondation n'est pas responsable des engagements pris par l'organisateur de votre activité de collecte de fonds.
- c) Si vous devez vendre des billets pour votre activité, assurez-vous de prévoir de l'aide d'une personne pour chaque tranche de 10 billets à vendre. De plus, la Fondation de l'Hôpital de Notre-Dame-de-Fatima n'est pas responsable de la vente de vos billets.
- d) La Fondation se réserve le droit de faire annuler le projet si, pour des motifs raisonnables, elle n'est pas en accord avec l'utilisation qui est faite de son nom., de son logo ou autres motifs qui viennent à l'encontre des principes de travail et du code d'éthique de la Fondation et du milieu philanthropique.
- e) L'organisateur dégage la Fondation de l'Hôpital de Notre-Dame-de-Fatima de toute responsabilité, de quelque nature que ce soit, reliée à l'activité-bénéfice et, le cas échéant, prend charge de toute poursuite résultant de ladite activité.
- f) L'organisateur s'engage à remettre les profits de l'activité à la Fondation de l'Hôpital de Notre-Dame-de-Fatima dans les 90 jours suivant la tenue de l'activité.
- g) Vous acceptez, au nom de votre organisation, de faire approuver (avant impression et diffusion) par la Fondation, le matériel publicitaire et promotionnel relatif à l'activité, de même que l'utilisation de son logo.
- h) **IMPORTANT** : un accusé de réception vous parviendra sur réception de votre proposition. Votre proposition doit être acceptée par la Fondation de l'Hôpital de Notre-Dame-de-Fatima avant que ne débute la promotion de votre activité.

6. SIGNATURE

Nom de la personne responsable (en lettre moulées) : _____

Date : _____

Signature : _____

Merci d'aider la Fondation de l'Hôpital de Notre-Dame-de-Fatima dans la réalisation de sa mission. Veuillez compléter cette entente et nous la faire parvenir en ligne. Vous pouvez aussi l'imprimer et nous la poster à l'adresse suivante :

Fondation de l'Hôpital de Notre-Dame-de-Fatima
1201, 6^e avenue Pilote
La Pocatière (Québec) G0R1Z0
Téléphone : 418 856-7000 poste 7395
Courriel : fondation.hndf.kamou.cissbsl@ssss.gouv.qc.ca