



La Journée de la Fondation

FORMULAIRE D'INSCRIPTION – CHALLENGE DOUBLE ÉCOSSAIS

TRANSACTION

VALEUR : 100\$ par personne

Nombre de compétiteurs à inscrire : 1 2

Je désire en plus faire un don en argent à la Fondation Hôpital de Baie-Saint-Paul

50\$ 75\$ 100\$ 150\$ 200\$ Autre montant : _____

TOTAL : _____ \$



La Journée de la Fondation

FORMULAIRE D'INSCRIPTION – CHALLENGE DOUBLE ÉCOSSAIS

INFORMATIONS

PARTICIPANT(E) # 1

Nom	
Adresse	
Ville	
Code postal	
Téléphone	
Cellulaire	
Courriel	
Facteur d'handicap	

PARTICIPANT(E) # 2 - Inscrivez seulement son nom s'il (elle) s'est inscrit(e) séparément

Nom	
Adresse	
Ville	
Code postal	
Téléphone	
Cellulaire	
Courriel	
Facteur d'handicap	

Facteur d'handicap de l'équipe (moyenne) : _____

N.B. : Le facteur d'index de l'équipe servira à former des quatuors.

No. d'enregistrement : 12862 6413 RR0001



La Journée de la Fondation

FORMULAIRE D'INSCRIPTION – CHALLENGE DOUBLE ÉCOSSAIS

PAIEMENT

MODE DE PAIEMENT

Chèque *Veuillez libeller votre chèque au nom de la **Fondation Hôpital de Baie-Saint-Paul** et nous le faire parvenir par la poste accompagné du formulaire d'inscription dûment rempli à l'adresse suivante :
74, rue Ambroise-Fafard, Baie-Saint-Paul, G3Z 2J6.

Carte de crédit :

1. NOM DU DÉTENTEUR DE LA CARTE :

Visa Master Card

No. de la carte

Exp..

Code à 3 chiffres

2. NOM DU DÉTENTEUR DE LA CARTE :

Visa Master Card

No. de la carte

Exp..

Code à 3 chiffres