**TIERS LEVÉE DE FONDS – FORMULAIRE DE PROPOSITION**

**AU PROFIT DU CENTRE DU BIEN ÊTRE DE L’OUEST DE L’ÎLE**

**POUR PERSONNES ATTEINTES DU CANCER**

**SVP complèter et soumettre à Saundra Diardichuk:** **saundra@wicwc.org**

**INFORMATIONS**

Nom (organisateur/trice) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nom de l’organisation : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Addresse: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 Ville Province Code postal

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

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

**INFORMATIONS SUR L’ÉVÉNEMENT**

Nom de l’événement :

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Heure: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Endroit:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Description de l’événement:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**PROMOTION DE L’ÉVÉNEMENT**

Est-ce que vous imprimer des pamphlets, affiches? Oui: [ ]  Non: [ ]

Est-ce que vous avez besoin de pamphlets, cartes d’affaires du WICWC?

 Oui: [ ]  Non: [ ]

Si oui, SVP précisez la quantité requise: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ferez-vous la promotion de cet l’événement sur les réseaux sociaux?

Oui: [ ]  Non: [ ]

Si oui, pouvons-nous vous identifier sur nos réseaux sociaux? Oui: [ ]  Non: [ ]

**INFORMATION FINANCIÈRE**

But:

$ \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Est-ce que le WICWC est le seul bénéficiaire? Oui: [ ]  Non: [ ]

Si non, SVP précisez les autres bénéficiaires :

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**NOUS VOUS REMERCIONS POUR VOTRE SOUTIEN!**