

Formulaire de proposition d'une activité bénéfique au profit de la Fondation Hôpital Charles-LeMoyne

Responsable du projet :

Nom : _____ Prénom : _____

Nom de votre organisation (si approprié): _____

Adresse : _____ Ville: _____

Province : _____ Code postal: _____

Téléphone : _____

Courriel : _____

Site Internet : _____

1. Description de votre activité :

2. Date prévue de votre activité :

Date de l'événement : _____ Heure: _____

3. Lieu où se déroulera l'activité :

Lieu : _____

Adresse : _____ Ville: _____

Province : _____ Code postal: _____

4. Vos besoins :

Matériel : Faites l'inventaire du matériel dont vous aurez besoin pour votre activité :

Bénévoles : Qui approcherez-vous en tant que bénévole ? (famille, amis, élèves, clients, autres)

5. Budget estimé

Revenus	Résultats attendus	
Nombres de participants		Total :
Revenu estimé par participants		
Commandites		
Dons		
Autres revenus		
Total Revenus		

Dépenses	
Location de salle/équipement	
Publicité (affiches, dépliants...)	
Nourriture et boisson	
Autres dépenses	
Total Dépenses	
Revenus nets	

6. Parlez de votre événement :

De quelles façons comptez-vous publiciser votre événement ? (réseaux sociaux, journal, radio, lettre, dépliant, ou autres)

7. Entente

IL EST ENTENDU QUE tout événement doit être préalablement autorisé par la Fondation Hôpital Charles-LeMoyne. Aucun n'événement ne peut avoir lieu sans l'autorisation écrite d'un représentant de la Fondation.

IL EST CONVENU QU'il est de la responsabilité de l'organisateur de trouver des bénévoles, de se procurer les permis nécessaires et de faire la promotion de son événement.

IL EST CONVENU QU'aucune somme d'argent, sous forme de chèque, de mandat ou en liquidité, ne pourra être octroyée aux organisateurs d'un événement tiers dans le but de payer leurs dépenses. Toutefois, la Fondation Hôpital Charles-LeMoyne pourra émettre des reçus pour fins d'impôt selon les lois en vigueur.

IL EST CONVENU QUE tout matériel publicitaire ou promotionnel devra être approuvé avant sa diffusion par la responsable des communications ou la direction générale.

IL EST CONVENU QUE le responsable de l'événement dégage la Fondation Hôpital Charles-LeMoyne de toute responsabilité de quelque nature que ce soit relié à l'événement.

Signature du responsable de l'événement

Date

Veillez retourner ce formulaire:

Par courriel:

annick.lafleur@fhclm.ca

Par la poste :

Fondation
Hôpital Charles-LeMoyne
3120, boul. Taschereau
Greenfield Park, Québec
J4V 2H1

Par télécopieur :

450 672-1716

A l'usage de la Fondation Hôpital Charles-LeMoyne

Projet reçu le : _____

Votre proposition est : Acceptée
 Refusée

Signature du représentant de la Fondation

Date