



FOND-ACTION SANTÉ COMMUNAUTAIRE BÉNISE NORMIL (FASCBN)
«Ensemble, faisons la différence»

FORMULAIRE REVENU FASCBN

Date : _____

Cochez le type de revenu : Collecte de fonds/Don Avance de fonds Commandite

Renseignements :

Statut : Membre actif Non membre Entreprise / Organisme

Entreprise / Organisme : _____

Représentant : _____ Fonction : _____

Membre/Non membre : _____

Adresse : _____ Apt./Bureau : _____

Notes :

Évaluation en juste valeur marchande pour les dons en nature : \$

Évalueur- trice (au besoin) : _____

Montant : \$

Mode de paiement : Comptant Chèque Virement interac