



FORMULAIRE POUR UN ÉVÉNEMENT SPÉCIAL

Les personnes qui souhaitent organiser un événement spécial pour la Fondation des Amis de L'Hôpital de Moncton doivent remplir le formulaire suivant. Nous vous sommes reconnaissants d'avoir choisi la Fondation des Amis à titre de bénéficiaire des fonds que vous avez recueillis dans le cadre de votre événement. *Nous vous remercions de votre soutien!*

Numéro d'enregistrement d'organisme de bienfaisance : 11893 3134 RR0001

ENVOYEZ LE FORMULAIRE À L'ADRESSE SUIVANTE :

Fondation des Amis de L'Hôpital de Moncton
135, avenue MacBeath
Moncton (N.-B.) E1C 6Z8
506.857.5488
friends@HorizonNB.ca
www.fondationamis.ca

Nom de la personne ou de l'organisation qui planifie l'événement : _____

Nom de l'événement : _____

Personne-ressource : _____ Téléphone : _____

Adresse : _____

_____ Province : _____ Code postal : _____

Adresse électronique : _____

Date, heure et emplacement de l'événement : _____

Description de l'événement : _____

Source d'inspiration pour l'événement : _____

Quel type de marché prévoyez-vous cibler dans le cadre de cet événement (p. ex. le grand public, les entreprises, etc.)?

Comment envisagez-vous commercialiser ou promouvoir cet événement?

Souhaitez-vous utiliser le logo de la **Fondation des Amis de L'Hôpital de Moncton** et le logo « H » dans vos documents ou votre publicité? Oui Non

Suite à la page 2



2.

De quelle manière cet événement recueillera-t-il des fonds? _____

Quel degré d'implication prévoyez-vous de la part de la Fondation?

RENSEIGNEMENTS FINANCIERS – BUDGET

Recettes estimées de l'événement spécial : _____ \$

Dépenses estimées de l'événement spécial : _____ \$

Don estimé versé à la Fondation : _____ \$

Date à laquelle le don devrait être reçu : _____

D'autres organismes de bienfaisance vont-ils tirer profit de cet événement spécial? Oui Non

Dans l'affirmative, veuillez préciser les organismes et la répartition des dons :

Veillez noter que toutes les activités de collecte de fonds organisées par une tierce partie au profit de L'Hôpital de Moncton doivent être soumises à Katherine Robertson. Vous pouvez communiquer avec elle par téléphone (506.870.2447) ou par courriel (Katherine.Robertson@HorizonNB.ca).

La personne soussignée doit indemniser la Fondation des Amis de L'Hôpital de Moncton et la dégager de toute responsabilité en ce qui a trait aux dettes, aux demandes d'indemnisation, aux dommages ou aux dépenses attribuables à cet événement. En outre, l'organisateur doit obtenir, à ses propres frais, tous les permis et les licences requis afin de réaliser cet événement spécial. Cet événement ne doit pas, par association, avoir un effet négatif possible sur l'image de L'hôpital ou de la Fondation et il ne doit pas entrer en conflit avec la mission et les objectifs de L'hôpital et de la Fondation, qui favorisent une communauté saine.

Nom imprimé _____

Signature _____ Date _____

Aux fins d'utilisation par la Fondation seulement Date : _____

Approuvé par : _____ Poste : _____

Commentaires : _____
