



QUESTIONNAIRE POUR SALON PARTENAIRE

Veuillez envoyer le questionnaire complété à l'attention de Bob Ghosh, Agent d'engagement communautaire avec la Fondation du CHEO par courriel à l'adresse bghosh@cheofoundation.com

NOM DU SALON : _____

ADRESSE DU SALON : _____

NUMÉRO DE TÉLÉPHONE : _____

ADRESSE COURRIEL : _____

SITE WEB : _____

PERSONNE-CONTACT : _____

NUMÉRO DE TÉLÉPHONE DE LA PERSONNE-CONTACT : _____

COURRIEL PRINCIPAL DE LA PERSONNE-CONTACT : _____

[OPTIONNEL] AIMERIEZ-VOUS FAIRE UNE OFFRE SPÉCIALE AUX PARTICIPANTS DE DONS DE CHEVEUX OTTAWA? (P. ex., 15 % de rabais sur leur première coupe avec preuve d'inscription.)

☐ Oui

☐ Non

SI OUI, VEUILLEZ INCLURE LES DÉTAILS DE VOTRE OFFRE ICI (P. ex., les règlements et conditions, code promotionnel, rabais, inclusions, restrictions, etc.) : _____

☐ J'atteste qu'en tant que salon partenaire de Dons de cheveux Ottawa, je m'engage à amasser des fonds pour le CHEO au moins une fois par année et que j'aiderai à faire la promotion de Dons de cheveux Ottawa sur le site Web de mon entreprise, sur mes réseaux sociaux, et dans mes communications par courriel de façon périodique au courant de l'année.

SIGNATURE : _____

NOM (en lettres moulées) : _____

DATE : _____