

Soyez de cette virée au profit de la chirurgie, de l'urologie,  
de l'obstétrique-gynécologie et du NCH!

## COORDONNÉES

NOM : \_\_\_\_\_  
 TITRE : \_\_\_\_\_  
 ENTREPRISE : \_\_\_\_\_  
 ADRESSE : \_\_\_\_\_  
 VILLE : \_\_\_\_\_ PROVINCE : \_\_\_\_\_ CODE POSTAL : \_\_\_\_\_  
 TÉLÉPHONE : \_\_\_\_\_ TÉLÉCOPIEUR : \_\_\_\_\_  
 COURRIEL : \_\_\_\_\_  
 NOM DU COPILOTE : \_\_\_\_\_ COURRIEL : \_\_\_\_\_

## CONTRIBUTION

	QUANTITÉ	COÛT	TOTAL
<b>PARTENAIRE MAJEUR</b> (INCLUANT 3 VOITURES/6 PERSONNES + VISIBILITÉ SUPÉRIEURE)		x 20 000 \$	
<b>PARTENAIRE ASSOCIÉ</b> (INCLUANT 1 VOITURE/2 PERSONNES + VISIBILITÉ SPÉCIFIQUE À UN MOMENT CLÉ) BRUNCH LUNCH		x 10 000 \$	
<b>PARTENAIRE SUPPORTEUR</b> (INCLUANT 1 VOITURE/2 PERSONNES + VISIBILITÉ)		x 5 000 \$	
<b>UNE VOITURE</b> (INCLUANT 2 PERSONNES - PILOTE ET COPILOTE)		x 2 000 \$	
<b>SOUPER(S) SUPPLÉMENTAIRE(S)</b> (RÉSERVÉ AUX PARTICIPANTS SEULEMENT)		x 250 \$	
<b>JE DÉSIRE FAIRE UN DON DE</b>			
		<b>TOTAL</b>	

## VOITURE(S)

	MARQUE	MODÈLE	ANNÉE
1			
2			
3			

## VISIBILITÉ

Veuillez spécifier le libellé exact à inscrire lorsque nous mentionnons votre entreprise dans nos communications : \_\_\_\_\_

## CONFIRMATION

EN CAS D'ANNULATION DANS LES 30 JOURS  
PRÉCÉDENT L'ÉVÈNEMENT, LA FONDATION NE  
POURRA ÉMETTRE AUCUN REMBOURSEMENT.

SIGNATURE : \_\_\_\_\_

DATE : \_\_\_\_\_

## PAIEMENT



N° CARTE : \_\_\_\_\_



SIGNATURE : \_\_\_\_\_



EXPIRATION : \_\_\_\_\_  
MOIS ANNÉE

**CHÈQUE À L'ORDRE DE LA FONDATION DU CHU DE QUÉBEC**

\* Sur réception du formulaire, une facture sera expédiée.

RETOUR DE VOTRE FORMULAIRE

isabelle.alarie@chudequebec.ca • Téléphone : 418 525-4444 poste 58654