

SOIRÉE MASQUÉE

ENSEMBLE, DÉMASQUONS LE CANCER

Nous désirons appuyer la mission de l'Institut de cancer de Montréal en participant à La Soirée Masquée le 4 novembre 2017 en tant que :

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> PRÉSIDENT D'HONNEUR (25 000\$)* | <input type="checkbox"/> ESPACE LOUNGE+ (2 500\$)* |
| <input type="checkbox"/> PARTENAIRE PLATINE (10 000\$)* | <input type="checkbox"/> ESPACE LOUNGE (2 000\$)* |
| <input type="checkbox"/> PARTENAIRE OR (5 000\$)* | <input type="checkbox"/> Achats de _____ billet(s) (300\$ / ch.)
Expérience VIP. |
| <input type="checkbox"/> PARTENAIRE ARGENT (3 000\$)* | <input type="checkbox"/> Achats de _____ billet(s) (250\$ / ch.) pour
La Soirée Masquée* |
| <input type="checkbox"/> PARTENAIRE BRONZE (1 000\$)* | <input type="checkbox"/> Nous ne pouvons accepter l'invitation, mais nous
désirons faire un don de _____ \$** |

*Reçu pour fins d'impôts au montant admissible

**Reçu pour fins d'impôt pour le montant total du don de 20\$ et plus

Veillez inscrire vos coordonnées pour l'envoi des billets et/ou du reçu.

Nom (compagnie): _____ Contact (si applicable): _____

Adresse: _____ Ville: _____

Province: _____ Code Postale: _____

Courriel: _____ Téléphone: _____

Paiement par :

CHÈQUE: Ci-joint un chèque de _____ \$ fait à l'ordre de l'Institut du cancer de Montréal

CRÉDIT: Visa MasterCard Amex

Numéro de la carte: _____

Expiration: _____ Code de sécurité (3 derniers numéros derrière la carte): _____

Signature: _____

Merci de votre générosité.

Veillez nous faire parvenir votre formulaire dûment complété ainsi que votre paiement par courriel ou par la poste.

Pour nous joindre par téléphone, composez le 514 890-8213.

Institut du cancer de Montréal - 900, rue Saint-Denis, 10e étage, Montréal, Québec H2X 0A9
soireemasquee@icm.qc.ca