McGill

www.mcgill.ca/ent/headandneckfund

19ème Soirée annuelle de levée de fonds

Les fonds sont recueillis pour le Centre du cancer de la thyroïde

Hôpital général juif

(svp imprimer)

Options de commandite **HONORIFIQUE**

☐ **A - DIAMANT** ..... **+50 000 $**
- Page hommage diamant dans le livre du programme
- Table complémentaire réservée, **12** billets

☐ **B - PLATINE** ..... **25 000 $**
- Page hommage platine dans le livre du programme
- Table complémentaire réservée, **10** billets

☐ **C - OR** ..... **15 000 $**
- Page hommage or dans le livre du programme
- Table complémentaire réservée, **8** billets

☐ **D - ARGENT** ..... **10 000 $**
- Page hommage argent dans le livre du programme
- Table complémentaire réservée, **6** billets

☐ **E - BRONZE** ..... **5 000 $**
- Page hommage bronze dans le livre du programme
- Table complémentaire réservée, **2** billets

(reçu d'impôt partiel émis)

Autre montant du don _____ **$**

☐ Maquette ci-incluse (page entière 7" hauteur X 10" largeur)
☐ Maquette envoyée par courriel à cgoldber@jgh.mcgill.ca
☐ Texte du message comme suit (s.v.p. soumettre le texte exactement comme il doit paraître dans le livre) :

_____

_____

_____

_____

_____

Si votre annonce n'est pas reçue avant le 11 mai 2013, elle se lira comme suit :
Avec les compliments de [nom de votre entreprise/votre nom]

Pour plus d'infos, contactez:
Carole Goldberg au 514.340.8222 x5024 ou
via courriel au cgoldber@jgh.mcgill.ca

Hôpital général juif
Département d'oto-rhino-laryngologie, à l'attention de Mme Carole Goldberg
3755, chemin de la Côte Ste Catherine, E-903
Montréal, QC H3T 1E2

Nom : _____

Compagnie : _____

Adresse : _____

Ville : _____

Province : _____ Code Postal : _____

Tél. Bureau : ( )_____ Cell. : ( )_____

Courriel : _____

☐ Chèque sous pli au montant de _____ $ à l'ordre de
FHGJ - Centre du cancer de la thyroïde

Veuillez charger mon compte : ☐ VISA ☐ MasterCard ☐ Amex Date d'Exp. : _____

| | | | | | | | | | | | | | | | |

Signature : _____

Prospecteur/Prospectrice : _____