

# FORMULAIRE DE COMMANDITE

CATÉGORIE	MONTANT	CHOIX
PARTENAIRE DE GUÉRISON	100 000 \$	<input type="checkbox"/>
PARTENAIRE DE RÉTABLISSEMENT	75 000 \$	<input type="checkbox"/>
PARTENAIRE DU BIEN-ÊTRE	50 000 \$	<input type="checkbox"/>
PARTENAIRE DE LA DIGNITÉ	25 000 \$	<input type="checkbox"/>
PARTENAIRE DE LA SÉRÉNITÉ	10 000 \$	<input type="checkbox"/>
PARTENAIRE DU CONFORT	5 000 \$	<input type="checkbox"/>
DON		<input type="checkbox"/>
BILLETS INDIVIDUELS	1 000 \$	<input type="checkbox"/>

NOM	PRÉNOM
ENTREPRISE	
ADRESSE	
VILLE	CODE POSTAL
TÉLÉPHONE	COURRIEL

## PAIEMENT

Montant total

Chèque joint à l'ordre de la Fondation de l'Hôpital Marie-Clarac\*

Carte de crédit VISA  MASTERCARD  N° de carte  -  -  -

Code de sécurité à trois chiffres  Expiration MM | AAAA

Nom du titulaire

Signature

\* Il est possible de prendre un engagement de don en étalant le montant sur plus d'une année.

## RETOURNER LE FORMULAIRE

**Par courriel:**  
info@fondationmarieclarac.org

**Par la poste:**  
Fondation de l'Hôpital Marie-Clarac  
3530, boulevard Gouin Est, Montréal (Québec) H1H 1B7

**Téléphone :** 514 321-8800 poste 235