

# BON DE COMMANDE

Inscrivez-vous en ligne sur [fondationmontfort.ca](http://fondationmontfort.ca)

- |                                                               |                                                                            |
|---------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Commanditaire phare – 25 000\$       | <input type="checkbox"/> Commanditaire scintillement – 500\$               |
| <input type="checkbox"/> Commanditaire éclaircur – 15 000\$   | <input type="checkbox"/> Commanditaire nature                              |
| <input type="checkbox"/> Commanditaire visionnaire – 10 000\$ |                                                                            |
| <input type="checkbox"/> Commanditaire reflet - 7 000\$       |                                                                            |
| <input type="checkbox"/> Commanditaire flambeau – 7 000\$     | <input type="checkbox"/> Table corporative de 10 convives – 3 000 \$       |
| <input type="checkbox"/> Commanditaire guide – 7 000\$        | Nom de l'entreprise dans le programme du Gala                              |
| <input type="checkbox"/> Commanditaire lumineux – 7 000\$     | Nom de l'entreprise sur la table                                           |
| <input type="checkbox"/> Commanditaire étincelle – 7 000\$    | <input type="checkbox"/> Demi-table (5 personnes) – 1 500 \$               |
| <input type="checkbox"/> Commanditaire modèle – 5 000\$       | <input type="checkbox"/> Billet – 300 \$                                   |
| <input type="checkbox"/> Commanditaire éclat – 3 000\$        | <input type="checkbox"/> Don à la Fondation de l'Hôpital Montfort _____ \$ |
| <input type="checkbox"/> Commanditaire rayon – 1 000\$        | (Un reçu pour fins d'impôts sera émis)                                     |

Nom : \_\_\_\_\_ Entreprise : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Province : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Télécopieur : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

## Mode de paiement :

- Comptant  
 Chèque (libellé à l'ordre de la Fondation de l'Hôpital Montfort)  
 Carte de crédit :  Visa     MasterCard     Amex

Montant total : \_\_\_\_\_ \$

Numéro de la carte : \_\_\_\_\_ Date d'expiration : \_\_\_\_/\_\_\_\_ CVV \_\_\_\_\_

Nom du titulaire : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_

Veillez retourner ce formulaire par courriel à [fondation@montfort.on.ca](mailto:fondation@montfort.on.ca) ou acheminer votre paiement à l'attention de :

**Fondation de l'Hôpital Montfort**  
713, chemin Montréal  
Ottawa (Ontario) K1K 0T2

Pour tout renseignement supplémentaire, veuillez communiquer avec le bureau de la Fondation au 613 748-4920.