



INSTITUT
DU CANCER
DE MONTRÉAL

L'INSTITUT DU CANCER DE MONTRÉAL

PRÉSENTE



FORMULAIRE D'ACHAT DE BILLETS

MONTANT DU BILLET	NOMBRE DE BILLETS	TOTAL
100 \$		
250 \$		
500 \$		

INFORMATIONS PERSONNELLES

Nom : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Province : _____ Code Postal : _____

Courriel : _____

Téléphone : _____

TYPE DE PAIEMENT

CHÈQUE FAIT À L'ORDRE DE L'INSTITUT DU CANCER DE MONTRÉAL

CARTE DE CRÉDIT

VISA MASTER CARD

Numéro de la carte : _____

Expiration : _____

Signature : _____

SVP RETOURNER CE FORMULAIRE À L'ADRESSE SUIVANTE:

INSTITUT DU CANCER DE MONTRÉAL

1560 rue Sherbrooke est

Montréal, Québec

H2L 4M1

OU PAR FAX AU 514-412-7591

Numéro d'enregistrement : 10750 8384 RR0001