

Réservez
la date

**RENDEZ-VOUS
GASTRONOMIQUE**
DE LA FONDATION DU CÉGEP LIMOILOU

Jeudi 24 février 2022

PRÉSENTÉ PAR



PRÉSIDIÉ PAR



CUISINÉ PAR

LES
SALES
GOSSES

Formulaire de réservation

VOS COORDONNÉES

Entreprise ou individu : _____

Représentant : _____

Adresse de facturation : _____

Ville : _____ Code postal : _____

Courriel : _____

Numéro de téléphone : _____

LIVRAISON

Merci de fournir les détails pour la livraison de chacun des coffrets en remplissant le formulaire en deuxième page.

VOS CHOIX

Je souhaite participer en tant que partenaire majeur : 15 000 \$.

Je souhaite participer en tant que partenaire de prestige : 5 000 \$.

Je souhaite participer en tant que partenaire entreprise (5 coffrets de 2 repas) : 2 000 \$.

Je désire acheter _____ coffret(s) à 200 \$ (coffret de 2 repas).

Je suis dans l'impossibilité de participer, mais je désire faire un don au montant de _____ \$.

MODALITÉS DE PAIEMENT

Chèque à l'ordre de la Fondation du Cégep Limoilou au montant de _____ \$.
(Sur réception du formulaire, une facture vous sera expédiée.)

Carte de crédit



Numéro de carte : _____

Date d'expiration : _____ CVV/CVC : _____

Signature _____

MERCI DE RETOURNER VOTRE FORMULAIRE

Par courriel : fondation@cegeplimoilou.ca

J'accepte de recevoir des communications de la part de la Fondation du Cégep Limoilou.





La Fondation
du Cégep Limoilou

RENDEZ-VOUS GASTRONOMIQUE

Livraison

La livraison du coffret se fera entre 13 h et 16 h 30. Un coffret inclut deux (2) repas et une (1) bouteille de vin.

COFFRET #1

Nom : _____ Adresse : _____

Ville : _____ Code postal : _____

Courriel : _____ Téléphone : _____

**Votre courriel est requis pour vous transmettre
le lien afin de participer à l'événement.*

Allergie(s) alimentaire(s) : _____ Choix du vin : Rouge Blanc

COFFRET #2

Nom : _____ Adresse : _____

Ville : _____ Code postal : _____

Courriel : _____ Téléphone : _____

**Votre courriel est requis pour vous transmettre
le lien afin de participer à l'événement.*

Allergie(s) alimentaire(s) : _____ Choix du vin : Rouge Blanc

COFFRET #3

Nom : _____ Adresse : _____

Ville : _____ Code postal : _____

Courriel : _____ Téléphone : _____

**Votre courriel est requis pour vous transmettre
le lien afin de participer à l'événement.*

Allergie(s) alimentaire(s) : _____ Choix du vin : Rouge Blanc

COFFRET #4

Nom : _____ Adresse : _____

Ville : _____ Code postal : _____

Courriel : _____ Téléphone : _____

**Votre courriel est requis pour vous transmettre
le lien afin de participer à l'événement.*

Allergie(s) alimentaire(s) : _____ Choix du vin : Rouge Blanc

COFFRET #5

Nom : _____ Adresse : _____

Ville : _____ Code postal : _____

Courriel : _____ Téléphone : _____

**Votre courriel est requis pour vous transmettre
le lien afin de participer à l'événement.*

Allergie(s) alimentaire(s) : _____ Choix du vin : Rouge Blanc