



CARNIVAL DO BRASIL BAL MASQUÉ



Le 1^{er} novembre 2008

8^{ième} Bal Annuel de la Fondation de l'Hôpital général du Lakeshore

Publicité dans le programme souvenir, billets, prix et dons

NOM DE L'ENTREPRISE _____

PERSONNE-RESSOURCE _____

ADRESSE _____

TÉL. _____

TÉLÉC. _____

COURRIEL _____

Publicité pour les entreprises et les individus dans le programme souvenir.

Publicité spéciale (Pleine page)			Description du/des prix
Couverture avant (intérieur)	3 000 \$	<input type="checkbox"/> _____ \$	Prix _____
Couverture arrière (extérieur)	3 000 \$	<input type="checkbox"/> _____ \$	Valeur marchande _____ \$
Couverture arrière (intérieur)	2 000 \$	<input type="checkbox"/> _____ \$	<input type="checkbox"/> Vous sera livré _____
Diamand	1 250 \$	<input type="checkbox"/> _____ \$	<input type="checkbox"/> Par la poste _____
Or	1 000 \$	<input type="checkbox"/> _____ \$	<input type="checkbox"/> Veuillez ramasser :
Argent	750 \$	<input type="checkbox"/> _____ \$	Date : _____
			Endroit : _____
			Contact : _____

Publicité standard			Veuillez prendre note :
Pleine page	600 \$	<input type="checkbox"/> _____ \$	Les publicités doivent nous parvenir avant le 8 octobre 2008, de préférence en format PDF haute résolution, ou bien en format Illustrator, QuarkXpress et/ou Photoshop à l'adresse suivante : gdavalos.lgh@ssss.gouv.qc.ca et envoyez le matériel physique si nécessaire à l'adresse ci-dessous à l'attention de Ginette Dávalos.
1/2 page	350 \$	<input type="checkbox"/> _____ \$	
1/4 page	250 \$	<input type="checkbox"/> _____ \$	
Carte d'affaires	150 \$	<input type="checkbox"/> _____ \$	
<input type="checkbox"/> Don (Totalemment déductible d'impôt)		<input type="checkbox"/> _____ \$	
<input type="checkbox"/> Billets*		<input type="checkbox"/> _____ \$	
Nombre de billets _____ @ 600 \$ par personne*		<input type="checkbox"/> _____ \$	
Total		_____ \$	

*Un reçu pour fin d'impôt sera remis pour une portion de chaque billet.

Mode de paiement (cochez votre choix)

Paiement ci-inclus

Veuillez m'envoyer une facture

Chèque



N° de carte de crédit :

Date d'expiration :

Montant : _____ \$ Signature : _____