

### RENSEIGNEMENTS

Prénom, nom : \_\_\_\_\_ No de tél. domicile : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_ No de tél. travail : \_\_\_\_\_ ext. : \_\_\_\_\_  
Ville : \_\_\_\_\_ No de cellulaire : \_\_\_\_\_  
Province, pays : \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_  
Code postal : \_\_\_\_\_ Préférence pour vous joindre :  domicile  travail  cellulaire

### MON ENGAGEMENT

**Don unique :**  1 000 \$ pour une année      **Engagement annuel :** Autre montant : \_\_\_\_\_ / année x \_\_\_\_\_ ans

### MODALITÉ DE PAIEMENT

Par chèque :



**Libellé à l'ordre de :** Département de chirurgie - Université de Montréal

**Note au bas du chèque :** Fonds Alma Mater chirurgie 2313-00

Voir instructions pour l'envoi ci-dessous

### LE FONDS ALMA MATER 2313 00

La contribution à ce fonds permet, entre autres :

- De soutenir la croissance du Département;
- D'octroyer des bourses diverses pour résidents et professeurs-chercheurs;
- De financer certaines activités et certains événements du Département.

### ENVOI FORMULAIRE ET CHÈQUE

Faites parvenir votre don par chèque et le formulaire dûment rempli à :

Département de chirurgie - Université de Montréal  
Réseau des diplômés et des donateurs  
a/s de Olfa Driss, conseillère en développement philanthropique, Faculté de Médecine  
C.P. 6128, succursale Centre-Ville  
Montréal, Québec, H3C 3J7

### INFORMATION

Pour toute question relative à ce don, veuillez communiquer avec madame Joanie Forget par courriel à l'adresse suivante : [departement-chirurgie@umontreal.ca](mailto:departement-chirurgie@umontreal.ca).