

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 :

Université de Montréal, Réseau des diplômés et des donateurs, A/S Olfa Driss
 C.P. 6128, Succursale Centre-Ville, Montréal, Québec, H3C 3J7

Pour toute question, veuillez communiquer avec nous à l'adresse suivante : departement-chirurgie@umontreal.ca.

DON DE GROUPE

Pour un reçu individuel pour fins d'impôts, veuillez remplir cette section.

Nom _____ Don _____ Courriel _____
 Adresse postale complète _____

Nom _____ Don _____ Courriel _____
 Adresse postale complète _____

Nom _____ Don _____ Courriel _____
 Adresse postale complète _____

Nom _____ Don _____ Courriel _____
 Adresse postale complète _____

Nom _____ Don _____ Courriel _____
 Adresse postale complète _____

Nom _____ Don _____ Courriel _____
 Adresse postale complète _____