

# FORMULAIRE D'INSCRIPTION

## CONFÉRENCE ÉDUCATIVE SUR LES LEUCODYSTROPHIES

16 septembre 2016 - Institut de recherche du CUSM (1001, boul. Décarie, Montréal)

### 1. IDENTIFICATION

Participant 1

Participant 2

Participant 3

Organisme ou  
entreprise

Adresse

Ville

Code postal

Téléphone

Courriel

### 2. INSCRIPTION à la CONFÉRENCE

*Le coût de l'inscription à la conférence inclus le lunch et les collations*

**Adultes: 50 \$**

**Étudiants: 25 \$**

*Parent ayant un enfant gravement malade: communiquez avec nous (voir ci-bas)*

**Nb d'adultes**

**Nb x 50 \$**

**Nb d'étudiants**

**Nb x 25 \$**

Oui! J'aimerais faire un don pour la recherche sur  
les leucodystrophies / labo de la Dre G. Bernard:  
*(reçu fiscal émis pour les dons de 15 \$ et plus)*

**Montant du don :**

**Montant TOTAL:**

### 3. PAIEMENT

**Par chèque** (ci-joint) fait à l'ordre de: **Fondation de l'Hôpital de Montréal pour enfants**

**Par carte de crédit:** **transmettre le formulaire via le télécopieur: 514 939-3551**

*(Cartes acceptées: Visa / Mastercard / American Express)*

Détenteur de la  
carte

No. carte crédit

Date exp.

Signature : \_\_\_\_\_

**Faire parvenir votre formulaire et paiement à:** Fondation de l'Hôpital de Montréal pour enfants  
1420 - 3400, boul. de Maisonneuve Ouest  
Montréal (Québec) H3Z 3B8

**Pour communiquer avec nous:** Dre Geneviève Bernard, HME : 514-412-4400 poste 23380.  
Josée Della Rocca : 514-934-4846 poste 29228