

GALA
GASTRONOMIQUE
EXCLUSIF



EXCLUSIVE
GASTRONOMIC
GALA

avec chef Dario Cecchini
& dégustation de vins
Vallepiciola

LE 29 OCTOBRE 2024
OCTOBER 29TH 2024

featuring Chef Dario
Cecchini & a wine pairing
by Vallepiciola

LE 9E - Montreal Eaton Centre - 1500 Blvd Robert-Bourassa, Montréal, QC H3A 3S8

Les recettes nettes seront versées à la | Net proceeds will benefit the Cedars Cancer Foundation and the Santa Cabrini Hospital Foundation

POSSIBILITÉS DE CONTRIBUTION | CONTRIBUTION OPPORTUNITES

Je souhaite acheter une table de : | I wish to purchase a table of :

1 table of 10 guests (\$1000 per person) | 1 table de 10 invités (1000 \$ par personne)..... 10 000 \$

1 table of 10 guests (\$700 per person) | 1 table de 10 invités (700 \$ par personne)..... 7 000 \$

* A Business/Official Tax Receipt will be issued for the eligible portion of your contribution in accordance with CRA Guidelines. | Pour les partenariats : Un reçu fiscal officiel sera émis pour la partie admissible de votre contribution, conformément aux directives de l'ARC.

Individual tickets at \$1,000 each (limited qty.) | Billets individuels à 1 000 \$ chacun (qté limitée) _____

I cannot attend but would like to make a donation of : \$ _____

Je ne peux pas être présent mais j'aimerais faire un don de : _____ \$

à/to



* An official tax receipt will be issued for all donations of \$18 or more. | Pour les dons : Un reçu fiscal officiel sera délivré pour tout don de 18 \$ ou plus.

COORDONNÉES DU DONATEUR | DONOR INFORMATION

Don personnel | Personal donation: Don d'entreprise | Corporate donation:

Sélectionnez votre titre | Select your title: M. | Mr. M^{me} | Mrs. M^{me} | Ms. D^r | Dr.

Nom | Family Name: Prénom | First Name:

Entreprise | Company:
(Le reçu sera émis à l'entreprise indiquée | The receipt will be issued to the company specified)

Adresse | Address:

Ville | City: Province: Code postal | Postal code:

Courriel | Email: Téléphone | Telephone:

DÉTAILS DU PAIEMENT | PAYMENT DETAILS

VISA MasterCard American Express Chèque* | Cheque* Comptant | Cash

* Chèque à l'ordre de la : OSTERIA MKT / 9446-9406 Quebec Inc. | *Cheque payable to : OSTERIA MKT / 9446-9406 Quebec Inc.

Numéro de la carte | Card number: Date d'expiration | Expiry date: | m | m aa-yy

Titulaire de la carte | Cardholder name:

Signature du titulaire de la carte | Cardholder signature:

Net proceeds will benefit the | Les recettes nettes seront versées à la:

AVICOR
9150, Rue Meilleur, Suite 408, Montréal, Québec H2N 2A5
T: 514-744-1700, x 230
wchamoun@avicor.ca

Merci pour votre générosité | Thank you for your generosity



Numéro d'enregistrement | Charity Registration Number:
10739 2037 RR0001

www.fondationsantacabrini.org



FONDATION DU
CANCER DES CÉDRÉS
CEDARS CANCER
FOUNDATION

Numéro d'enregistrement | Charity Registration Number:
105202501 RR 0001

www.cedars.ca