|  |
| --- |
| **PLAN DE VISIBILITÉ** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Partenaire OR** (Limite d’un partenaire) | **Partenaire ARGENT**(Limite d’un partenaire) | **Partenaires BRONZE**(Limite de trois partenaires) |
| **OPTIONS DE VISIBILITÉ** | **3 500 $** | **2 000 $** | **1 000 $** |
| Projection d’une vidéo corporative | x |  |  |
| Logo sur le coupon du cocktail |  | x |  |
| Logo projeté à l’écran pendant le déjeuner selon le statut de partenariat | x | x |  |
| Inscriptions inclues | 2 | 1 | 1 |
| Logo sur les infolettres | x | x | x |
| Logo sur affiche à l’entrée de la salle | x | x | x |
| Mention verbale lors du déjeuner | x | x | x |

|  |
| --- |
| **ENTENTE DE PARTENARIAT** |
| NOUS DÉSIRONS NOUS PRÉVALOIR DE L’OPTION : |
| [ ]  **Partenaire OR** | [ ]  **Partenaire ARGENT** | [ ]  **Partenaire BRONZE** |

**COORDONNÉES DE LA PERSONNE CONTACT POUR LA CORRESPONDANCE**

Nom |       Prénom |

Fonction |

Compagnie ou organisme |

Adresse |      Ville |

Province |      Code postal |

Courriel |

Téléphone |       Télécopieur |

|  |
| --- |
| **INSCRIPTIONS DES REPRÉSENTANTS** |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Prénom et nom des participants** | **Fonction** | **Nom de l’entreprise****(si autre)** | **Numéro de téléphone et poste** | **Courriel** | **Allergies ou intolérances alimentaires :** | **Spécifiez les intolérances alimentaires :** |
| 1-      |       |       |       |       | 1- [ ]  oui [ ]  non |       |
| 2-      |       |       |       |       | 2- [ ]  oui [ ]  non |       |
|       |       |       |       |       |  [x]  oui [x]  non |       |
|       |       |       |       |       |  [x]  oui [x]  non |       |
|  |

**MODE DE PAIEMENT |** [ ]  VISA [ ]  MASTERCARD

Nom de la personne responsable de la facturation |

Courriel |

Numéro de carte de crédit |

Détenteur de la carte (Nom en caractères d’imprimerie s.v.p.) |

Date d’expiration |      Signature |

*Les inscriptions doivent être réglées par carte de crédit au moment de la demande. Le prélèvement sera effectué après l’évènement.*

Nom de l’entreprise|

Date de l’inscription |

**Réservez votre table ou votre demi-table corporative et choisissez votre emplacement**

Danielle Cantin : 514.523.6444, poste 311 ou [ventes@AQTr.com](ventes%40AQTr.com)

Toute demande d’annulation doit nous être signalée par écrit au plus tard 10 jours ouvrables avant l’événement. Après cette date, aucun remboursement ne sera effectué, même si le participant ne se présente pas à l’activité. Cependant, il nous fera plaisir de substituer une personne de votre organisation par une autre aﬁn qu’elle bénéﬁcie de votre inscription.