



Personne à contacter en cas d'urgence :

Nom :

Numéro de téléphone :

### **DÉCHARGE DE RESPONSABILITÉ MATÉRIELLE**

Je renonce par la présente à toute réclamation, ainsi qu'à toute poursuite en dommage et intérêts pour tous dommages aux biens et matériel m'appartenant (usure normale, perte, bris, vol, vandalisme).

Suite à la lecture de l'énoncé ci-dessus : J'accepte les conditions de l'activité

**Je souhaite que la contribution de 10\$ qui est incluse dans le prix du billet soit versée à la Faculté de médecine, Université de Montréal, dans le fonds de dotation du département de**

Microbiologie

Pharmacologie

Je souhaite faire un don additionnel : oui non

Montant :

Je souhaite que mon don soit anonyme : oui non

« Un reçu sera émis par l'Université de Montréal pour les dons supérieurs à 20\$. Numéro d'enregistrement d'organisme de bienfaisance 10816 0995 RR0001 ».

Merci de votre participation!

