



Association québécoise
des infirmières et infirmiers
en gérontologie



FORMULAIRE D'ENGAGEMENT DES PARTENAIRES

SOMMAIRE DU PLAN DE PARTENARIAT

	OR	ARGENT	BRONZE	OBNL
COÛT DU PARTENARIAT	3 500 \$	2 500 \$	1 500 \$	500 \$
Laissez-passer événementiel	4 billets	2 billets	2 billets	1 billet
Kiosque d'exposition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Choix parmi les modules de visibilité supplémentaire (repas, badge d'identification, sac du participant)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> (Repas et sac du participant uniquement)	-
Possibilité de présenter un conférencier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-	-
Publicité dans la revue La Gérontoise	<input type="checkbox"/>	-	-	-
Allocution	<input type="checkbox"/>	-	-	-

INFORMATIONS DU RESPONSABLE

Mme M. Prénom* : _____ Nom* : _____

Titre professionnel : _____

Nom de l'entreprise* : _____

Adresse : _____ Ville : _____

Code Postal : _____ Province : _____

Téléphone* : _____ Courriel* : _____

MODE DE PAIEMENT

Chèque Paypal (Carte de crédit)

Adresse de facturation* : _____

Pour un paiement par chèque, vous recevrez dans les prochains jours une facture à l'adresse courriel indiquée ci-dessus. Prière d'attendre celle-ci et d'en indiquer le numéro sur votre chèque.

** Je comprends que l'envoi de ce formulaire d'engagement agit à titre de contrat entre mon organisation et l'AQIIG. Je m'engage à déboursier les frais liés au partenariat choisi dans les trente (30) jours suivant la réception de la facture ou immédiatement, par PayPal**

CATÉGORIE DE PARTENARIAT

Mon choix de partenariat *

Veillez indiquer 1 choix par partenariat.

PARTENAIRE OR - 3 500\$

PARTENAIRE ARGENT - 2 500\$

Option de visibilité choisie

- Présentation d'un conférencier
- Badge d'identification
- Déjeuner
- Dîner
- Pause santé
- Sac du participant *(Vous devez fournir vos propres sacs.)*

PARTENAIRE BRONZE - 1 500\$

Option de visibilité choisie

- Déjeuner
- Dîner
- Pause santé
- Sac du participant *(Vous devez fournir vos propres sacs.)*

PARTENAIRE OBNL - 500\$

Besoins pour votre kiosque *

- Table
- Chaises
- Électricité
- Internet
- Autre : _____

Nombre d'exposants pour le kiosque *

- 1
- 2
- 3
- 4

IDENTIFICATION DES EXPOSANTS

Exposant 1

Nom complet* : _____

Courriel* : _____

Téléphone/Cellulaire* : _____

Allergies et diète spéciale : _____

Exposant 2

Nom complet* : _____

Courriel* : _____

Téléphone/Cellulaire* : _____

Allergies et diète spéciale : _____

Exposant 3 (*Partenaire Or uniquement*)

Nom complet* : _____

Courriel* : _____

Téléphone/Cellulaire* : _____

Allergies et diète spéciale : _____

Exposant 4 (*Partenaire Or uniquement*)

Nom complet* : _____

Courriel* : _____

Téléphone/Cellulaire* : _____

Allergies et diète spéciale : _____

Veuillez joindre votre logo d'entreprise au formulaire.
Formats .JPEG, .PNG, .EPS et .AI acceptés uniquement.

Vous recevrez un avis confirmant la réception de votre formulaire d'engagement au courriel mentionné au présent formulaire. Si vous ne recevez pas de courriel de notre part dans les deux (2) jours ouvrables suivant votre envoi, S.V.P. faire un suivi auprès de Véroushka Eugène à veroushka@aqiig.org.