

# Concert-Bénéfice

Au profit de la  
Clinique psychanalytique de Montréal

Sous la présidence d'honneur  
d'Alain Lefèvre

14 novembre 2014, 20h

Tanna Schulich Hall, Université McGill  
527 Sherbrooke Ouest, Montréal

Suivi d'un cocktail

## Écouter au-delà

*Récital*

**Johanne Perron**, violoncelliste

**Louise-Andrée Baril**, pianiste

**Isabella d'Éloïze Perron**, violoniste

Les fonds recueillis seront intégralement consacrés à notre mission clinique auprès des personnes vivant en situation économique précaire et souffrant de détresse psychologique.

Pour information : [direction@clipsy-montreal.org](mailto:direction@clipsy-montreal.org) / 514 344-2465

Comité organisateur : Micheline Saint-Jean, Isabelle Lasvergnas, Louise Forant-Samson, Marcel Hudon, Carole Levaque, Jocelyne Lamoureux



## Coupon-réponse

Je désire assister au spectacle-bénéfice : \_\_\_\_ Billet(s) x 150\$ = \_\_\_\_\_ \$

(Pour chaque billet acheté, un reçu aux fins d'impôt d'une valeur de 100\$ sera émis au nom indiqué sur le formulaire.)

Je ne peux assister à la soirée mais souhaite contribuer à la mission clinique de l'organisme.

Veuillez accepter mon don au montant de : \_\_\_\_\_ \$

(Un reçu aux fins d'impôt de la valeur totale du don sera émis au nom indiqué sur le formulaire.)

### Coordonnées

Nom	Prénom
Titre	Entreprise
Adresse	
Ville/Province	Code postal
Téléphone	Courriel

### Mode de paiement

<input type="checkbox"/> Par chèque (au nom de la Clinique psychanalytique de Montréal)	
<input type="checkbox"/> Par carte de crédit <input type="checkbox"/> Visa <input type="checkbox"/> Mastercard	Nom apparaissant sur la carte :
Numéro :	Date d'expiration (aaaa/mm) :
Numéro de vérification de la carte (code de 3 chiffres) :	

Reçu émis au nom de :
-----------------------

- J'accepte de recevoir des communications électroniques de la Clinique psychanalytique de Montréal
- J'accepte que mon nom figure à titre de donateur de la Clinique psychanalytique de Montréal
- Je souhaite figurer comme donateur anonyme

Veuillez renvoyer ce coupon d'inscription accompagné de votre paiement par courriel ([direction@clipsy-montreal.org](mailto:direction@clipsy-montreal.org)) ou par la poste à :

Clinique psychanalytique de Montréal  
7000, chemin de la Côte-des-Neiges  
Montréal (Québec) H3S 2C1

