

FORMULAIRE D'INSCRIPTION

DÎNER DES RETROUVAILLES MARDI 2 DÉCEMBRE 2025



Institut de tourisme et d'hôtellerie du Québec
3535, rue Saint-Denis, Montréal, H2X 3P1

PARTICIPANT :

Nom :

Prénom :

Courriel :

Téléphone /Cellulaire :

Allergies ou restrictions alimentaires à spécifier :

TARIFICATION :

Le coût de participation est de **65 \$ par personne.**

MODES DE PAIEMENT

☐

Par dépôt direct :
Desjardins
Institution : 815
Succ/transit : 92001
No compte : 6214274

☐

Par chèque :
À l'ordre de la CCRM :
7245, rue Clark, bureau 305
MONTRÉAL (Qc) H2R 2Y4

Nous vous prions de bien vouloir nous retourner ce formulaire dûment rempli par courriel à l'adresse ccrm@ccrm-mtl.com avant le 25 novembre 2025.

Aucun remboursement ne sera effectué après cette date.