

**Health First Network / Premier en Santé Tradeshaw**

November 10 Novembre 2017

Omni Mont-Royal

**INFORMATION DE L'EXPÉDITEUR / SHIPPER INFORMATION**

|                                                                                                                                                      |                    |                                                                                                                                  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nom de la compagnie / Company name:                                                                                                                  |                    |                                                                                                                                  |
| Adresse / Address                                                                                                                                    |                    | Ville / City:                                                                                                                    |
|                                                                                                                                                      |                    | Province / État / State:                                                                                                         |
| Téléphone / Phone:                                                                                                                                   | Télécopieur / Fax: | Code postal / Postal code:                                                                                                       |
| Personne ressource / Contact :                                                                                                                       |                    | Courriel / Email:                                                                                                                |
| Date de cueillette / Pick up date:                                                                                                                   |                    | Heure de cueillette / Pick up time:                                                                                              |
| Heures d'affaire / Business hours:                                                                                                                   |                    | Quai de déchargement / Loading dock                                                                                              |
| Courtier en douanes / Customs broker:                                                                                                                |                    | <input type="checkbox"/> Oui/ Yes <input type="checkbox"/> Non / No                                                              |
| J'expédie à l'entrepôt à l'avance / I will be shipping to the advance warehouse <input type="checkbox"/> Oui / Yes <input type="checkbox"/> Non / No |                    | Documents de douanes ci-joints / Customs paperwork attached <input type="checkbox"/> Oui / Yes <input type="checkbox"/> Non / No |

**CONSIGNATAIRE / DESTINATION**

|                                                                                              |                                                                       |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| Nom de l'exposition / Show name:<br><b>Health First Network / Premier en Santé Tradeshaw</b> | Lieu de l'exposition / Exhibition Facility:<br><b>Omni Mont-Royal</b> |
| Personne contact / Contact person:                                                           | Téléphone / Phone:                                                    |
| Date de livraison / Delivery date:                                                           | Heure de livraison / Delivery time:                                   |

**SERVICE DEMANDÉ / REQUIRED SERVICE**

|                                                 |                                                                                             |                                                      |
|-------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Aller-simple / One way | <input type="checkbox"/> Montage / Move-in<br><input type="checkbox"/> Démontage / Move-out | <input type="checkbox"/> Aller - retour / Round Trip |
|-------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|

**ITEM À EXPÉDIER / ITEM TO SHIP**

| Total de morceaux<br>Total # of pieces | Dimensions | Poids estimé<br>Estimated weight |
|----------------------------------------|------------|----------------------------------|
|                                        |            |                                  |
|                                        |            |                                  |
|                                        |            |                                  |
|                                        |            |                                  |
|                                        |            |                                  |

|                                   |                            |
|-----------------------------------|----------------------------|
| Valeur déclarée / Declared value: | Poids total / Total weight |
|-----------------------------------|----------------------------|

**Signature de relâche / Release signature**

Pour autoriser la livraison sans une signature  
To authorize delivery without obtaining signature

**COMPAGNIE / COMPANY****# STAND /  
BOOTH #**

Toutes les commandes sont soumises aux politiques de paiement et aux limites de responsabilités de GES Canada Ltée stipulées dans ce manuel de l'exposant.

All orders are governed by the GES Canada Ltd. Payment Policy and Limits of Liability & Responsibility as specified in this Exhibitor Kit.