

MAIL TO:
PAR LA POSTE:

Hospital Home Lottery, PO Box 2200
Saint John, New Brunswick E2L 0B3

La Loterie Maison de l'Hôpital, C.P. 2200
Saint John, Nouveau-Brunswick E2L 0B3

OFFICIAL TICKET REQUEST

DEMANDE DE BILLET OFFICIEL

Complete the Official Ticket Request Form and send it with your cheque, money order, or VISA, MasterCard or AMEX number. Official Ticket(s) will follow. Only 34,000 tickets will be sold; limited 3-packs, 5-packs and Super Packs available.

Remplissez la demande de billet officiel et joignez à celle-ci votre chèque, mandat ou numéro de carte VISA, MasterCard ou AMEX. Les billets officiels seront alors envoyés. Seuls 34 000 billets ont été imprimés; nombre limité de carnets de 3 ou de 5 billets et de Super carnets.

PURCHASER INFORMATION/INFORMATION SUR L'ACHETEUR Mr./M. Mrs./Mme Ms./Mme Miss/Mlle Dr./Dr

First Name/Prénom: _____ Last Name/Nom de famille: _____

Mailing Address/Adresse postale: _____ City/Town/Ville/Village: _____ Province: **NB**

Postal Code/Code postal: _____ - _____ Email/Courriel: _____

Phone/Téléphone: Work/Travail () _____ Home/Maison () _____ Cell/Cellulaire () _____

Check to receive text alerts/Cochez pour recevoir des alertes textos Standard mobile rates may apply/Les tarifs de téléphonie mobile peuvent s'appliquer

Age/Âge 19-24 25-34 35-49 50-64 65+ The provision of age is optional and is used only for internal marketing and statistical purposes. / Vous n'êtes pas tenu de fournir votre âge, qui est utilisé uniquement pour le marketing interne et à des fins statistiques.

Privacy Notice: Personal information collected will be used to fulfill ticket orders, provide information on our future lotteries, contact prize winners and publicize the names of prize winners. Saint John Regional Hospital Foundation does not sell, trade or lease your personal information. If you wish to be removed from our contact lists, please check here call 1-866-992-1799 or email nb lottery@deloitte.ca. The following people and their immediate families are excluded from purchasing tickets: Saint John Regional Hospital Foundation employees and Board members; and partners and employees of Deloitte LLP and its affiliates. Purchasers must be at least 19 years of age. Tickets must be purchased and mailed within New Brunswick.

Énoncé de confidentialité : Les renseignements personnels recueillis sont utilisés pour traiter les commandes de billets, fournir de l'information sur les loteries futures, communiquer avec les gagnants et annoncer leur nom. La Fondation de l'Hôpital régional de Saint John ne vend, n'échange ni ne loue vos renseignements personnels. Si vous souhaitez que votre nom soit retiré de nos listes de distribution, veuillez cocher ici téléphoner au 1-866-992-1799 ou envoyer un courriel à nb lottery@deloitte.ca. Il est interdit aux personnes suivantes et aux membres de leur famille immédiate d'acheter des billets : employés et membres du conseil d'administration de la Fondation de l'Hôpital régional de Saint John, partenaires et employés de Deloitte LLP et de ses affiliés. Il faut être âgé d'au moins 19 ans pour acheter un billet. Les billets doivent être achetés et postés dans la province du Nouveau-Brunswick.

ORDER INFORMATION/INFORMATION DE LA COMMANDE

_____ single ticket(s) at \$100 each/ billet(s) au coût de 100 \$ l'unité. **Total/Total \$ _____.**

_____ 3-pack(s)⁹ at \$250 each/ carnet(s) de 3 billets⁹, au coût de 250 \$ le carnet. **Total/Total \$ _____.**

_____ 5-pack(s)⁹ at \$375 each/ carnet(s) de 5 billets⁹, au coût de 375 \$ le carnet. **Total/Total \$ _____.**

50/50 ADD-ON[®] INFORMATION/ INFORMATION POUR MOITIÉ-MOITIÉ

_____ single 50/50 Add-On(s)¹ at \$10 each/ à l'unité pour tirage moitié-moitié¹, au coût du 10 \$ chacun. **Total/Total \$ _____.**

_____ 5-pack(s)⁹ of 50/50 Add-Ons¹ at \$25 each/ carnet(s) de 5 billets⁹ pour tirage moitié-moitié¹, au coût du 25 \$ chacun. **Total/Total \$ _____.**

_____ 15-pack(s)⁹ of 50/50 Add-Ons¹ at \$50 each/ carnet(s) de 15 billets⁹ pour tirage moitié-moitié¹, au coût du 50 \$ chacun. **Total/Total \$ _____.**

100 DAYS OF WINNING[®] CASH CALENDAR[™] ADD-ON INFORMATION/ INFORMATION POUR SUPPLÉMENT 100 JOURS, 100 GAGNANTS

_____ single 100 Days of Winning Cash Calendar Add-On(s)¹ at \$25 each/ à l'unité pour tirage 100 Jours, 100 Gagnants¹, au coût du 25 \$ chacun. **Total/Total \$ _____.**

_____ 3-pack(s)⁹ of 100 Days of Winning Cash Calendar Add-Ons¹ at \$50 each/ carnet(s) de 3 billets⁹ pour le tirage 100 Jours, 100 Gagnants¹, au coût de 50 \$ chacun. **Total/Total \$ _____.**

SUPER PACK INFORMATION/ INFORMATION POUR SUPER CARNET (Limited quantities available / Quantité limitée offerte)

_____ 6 – Home Lottery tickets, 15 – 50/50 Add-On tickets, and 3 – 100 Days of Winning Cash Calendar Add-On tickets, for \$500 / **Total/Total \$ _____.**

_____ 6 – billets de la Loterie Maison, 15 – billets Supplément 50/50, et 3 – billets du Supplément 100 Jours, 100 Gagnants¹, pour 500 \$.

⁹ Each Hospital Home Lottery ticket in a 3-pack or 5-pack, each 50/50 Add-On in a 5-pack or 15-pack, each 100 Days of Winning Cash Calendar Add-On in a 3-pack, and each ticket in a Super Pack must contain the same information.
¹ 50/50 and 100 Days of Winning Cash Calendar Add-Ons must be ordered in conjunction with your Hospital Home Lottery 2018 ticket. 50/50 and Cash Calendar Add-On orders will not be accepted after your original Hospital Home Lottery 2018 ticket order date.

¹ Chaque billet des carnet de 3 ou de 5 billets de la Loterie maison de l'hôpital, chaque billet des carnet de 5 ou de 15 billets pour le Supplément 50/50, chaque billet du carnet de 3 billets pour le Supplément 100 Jours, 100 Gagnants et chaque billet du Super carnet doivent contenir les mêmes renseignements.
¹ Les billets du tirage moitié-moitié¹ et du Supplément 100 Jours, 100 Gagnants doivent être commandés en même temps que les billets de la Loterie Maison de l'Hôpital 2018. Aucune commande de billets pour le tirage moitié-moitié et le Supplément 100 Jours, 100 Gagnants ne sera acceptée après la date de commande des billets de la Loterie Maison de l'Hôpital 2018.



**TOTAL ORDER AMOUNT/
MONTANT TOTAL
DE LA COMMANDE**

\$ _____ \$

Method of Payment/Mode de paiement: (check only one/cochez une seule réponse) Cheque/Chèque Money Order/Mandat MasterCard VISA AMEX

Make cheque or money order payable to: Hospital Home Lottery 2018 (Please, no post-dated cheques.) | Veuillez libeller votre chèque ou mandat à l'ordre de : La Loterie Maison de l'Hôpital 2018. (À noter que les chèques postdatés ne seront pas acceptés.)

Cardholder's Name/
Nom du titulaire de la carte _____ Cardholder's Signature/
Signature du titulaire de la carte _____

Card Number/N° de carte: _____ Expiry Date/Date d'expiration: _____ MM/MM YY/AA _____ Lottery Licence #/Permis de loterie n° 0449029 56 005, 008, 010