

**Demande de reproduction**  
**Publications avec droit d'auteur de la**  
**Fondation des maladies du cœur du Canada**

1. Nom et adresse de l'individu/groupe faisant une demande de permission de copier

Nom : \_\_\_\_\_  
Titre : \_\_\_\_\_  
Organisation : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Ville : \_\_\_\_\_ Province : \_\_\_\_\_  
Code postal : \_\_\_\_\_  
Téléphone : \_\_\_\_\_  
Télécopieur : \_\_\_\_\_  
Courriel : \_\_\_\_\_

2. Veuillez décrire la publication à être reproduite (attacher une copie si possible)

Titre : \_\_\_\_\_  
Date de publication : \_\_\_\_\_  
Numéro du catalogue : \_\_\_\_\_  
Pages : \_\_\_\_\_  
Image/Numéro(s) du (des) tableau(x) : \_\_\_\_\_  
Type de publication :  
 brochure       livret       feuille détachable  
 livre       vidéo       livre de recette  
 autre (spécifier) \_\_\_\_\_

3. Veuillez décrire l'usage qui sera fait de la publication

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Public cible : \_\_\_\_\_

Date de production : \_\_\_\_\_

4. Source d'information additionnelle de la brochure

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

5. Veuillez nous indiquer plus de détails sur le matériel que vous désirez produire

Nombre de copies à être produites \_\_\_\_\_

Est-ce que le matériel sera vendu?  Oui       Non

Prix suggéré \_\_\_\_\_

Allez-vous réaliser des profits?  Oui       Non

Où sera-t-il en circulation/vendu (pays, marché spéciaux, etc.)? \_\_\_\_\_

***Veuillez envoyer ce formulaire à :***

Dominique Mongeon  
Coordonnatrice des propriétés intellectuelles  
Fondation des maladies du cœur du Canada  
222, rue Queen, bureau 1402  
Ottawa, Ontario K1P 5V9

Tél. : (613) 569-4361 poste 303 Téléc. : (613) 569-3278 courriel : [dmongeon@hsf.ca](mailto:dmongeon@hsf.ca)