

Inscription au Colloque francophone de médecine de la Péninsule acadienne
Vendredi 1^{er} juin 2018
Centre des congrès de la Péninsule acadienne à Shippagan
Colloque organisé en collaboration avec les médecins francophones du Nouveau-Brunswick

Accueil et inscription à 8 h 30

(SVP remplir en caractères d'imprimerie)

<input type="checkbox"/> DRE <input type="checkbox"/> MME	<input type="checkbox"/> DR <input type="checkbox"/> M.	NOM	PRÉNOM	NUMÉRO D'IDENTIFICATION
ADRESSE		VILLE ET PROVINCE		CODE POSTAL
TÉLÉPHONE (bureau)		TÉLÉPHONE (domicile)		TÉLÉCOPIEUR
COURRIEL				
Cette information est essentielle pour recevoir les communications relatives au Colloque.				
INFORMATIONS GÉNÉRALES				
<input type="checkbox"/> Médecin de famille		<input type="checkbox"/> Autre spécialité (spécifiez) :		
<input type="checkbox"/> Résident(e)		<input type="checkbox"/> Étudiant(e) en médecine		<input type="checkbox"/> Autre professionnel de la santé (spécifiez) :

Médecins francophones du Canada recueille ces renseignements afin de vous assurer un service adapté. Ces renseignements sont strictement confidentiels et ne sont partagés avec aucune autre organisation. Pour plus d'information, veuillez communiquer avec nous au 514 388-2228 ou 1 800 387-2228.

Les montants incluent les taxes.				
MEMBRE DE MÉDECINS FRANCOPHONES DU CANADA		NON-MEMBRE		
Médecin / Résident	138 \$ <input type="checkbox"/>	Médecin / Résident	189,75 \$ <input type="checkbox"/>	
Étudiant en médecine	Gratuit <input type="checkbox"/>	Étudiant en médecine	109,25 \$ <input type="checkbox"/>	
Autre professionnel de la santé	138 \$ <input type="checkbox"/>	Autre professionnel de la santé	189,75 \$ <input type="checkbox"/>	
PAIEMENT (inscription au Colloque, repas du midi inclus)				
Aucun remboursement pour annulation.		Total à payer : _____ \$		
Chèque	<input type="checkbox"/> À l'ordre de Médecins francophones du Canada		Code de sécurité (3 chiffres au dos de votre carte)	
MasterCard	<input type="checkbox"/>	Numéro		Expiration
Visa	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Signature _____				

Envoyez votre formulaire par télécopieur au 514 388-5335
ou par courriel à llepelletier@medecinsfrancophones.ca
ou par la poste : 8355 boul. Saint-Laurent, Montréal QC H2P 2Z6

Téléphone : 514 388-2228 ou 1 800 387-2228, poste 235