

Mise à jour en omnipratique

Vendredi 11 mai 2018

Château Royal de Laval

(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"/> Autre professionnel (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.	
Médecin et autres professionnels de la santé, Membre de Médecins francophones du Canada	(50 \$ + taxes) 57,49 \$ <input type="checkbox"/>
Médecin et autres professionnels de la santé, Non membre de Médecins francophones du Canada	(100 \$ + taxes) 114,98 \$ <input type="checkbox"/>
Cahier des présentations (comprenant les présentations disponibles au moment de l'impression. Notez que les présentations seront disponibles gratuitement sur le site internet de Médecins francophones du Canada (versions les plus à jour))	(15 \$ + taxes) 17,25 \$ <input type="checkbox"/>

PAIEMENT

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"/> <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"/> <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 poste 235 ou 1 800 387-2228