

Mise à jour en omnipratique

Vendredi 9 novembre 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.	
Membre de Médecins francophones du Canada Membre participant à l'Atelier 911 au bureau ET à une demi-journée du colloque Mise à jour en omnipratique Atelier 911 en avant-midi <input type="checkbox"/> Atelier 911 en après-midi <input type="checkbox"/>	(50 \$ + taxes) 57,49 \$ <input type="checkbox"/> (525 \$ + taxes) 603,62 \$ <input type="checkbox"/>
Non membre de Médecins francophones du Canada Non-membre participant à l'Atelier 911 au bureau ET à une demi-journée du colloque Mise à jour en omnipratique Atelier 911 en avant-midi <input type="checkbox"/> Atelier 911 en après-midi <input type="checkbox"/>	(100 \$ + taxes) 114,98 \$ <input type="checkbox"/> (550 \$ + taxes) 632,36 \$ <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 À l'ordre de Médecins francophones du Canada

Code de sécurité
(3 chiffres au dos
de votre carte)

MasterCard

Numéro

Expiration

Visa

<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 _____