



MÉDECINS  
FRANCOPHONES  
DU CANADA



CENTRE DE FORMATION MÉDICALE  
DU NOUVEAU-BRUNSWICK

UNIVERSITÉ DE MONCTON UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

Brunswick



UNIVERSITÉ DE  
SHERBROOKE



## Inscription au Colloque francophone de médecine de Moncton

### Vendredi 4 décembre 2020 – Webdiffusion en direct

(SVP remplir en caractères d'imprimerie)

<input type="checkbox"/> DRE	<input type="checkbox"/> DR	NOM	PRÉNOM	NUMÉRO DE PERMIS	
<input type="checkbox"/> MME	<input type="checkbox"/> M.				
ADRESSE		VILLE ET PROVINCE		CODE POSTAL	
TÉLÉPHONE (principal)		<input type="checkbox"/> Bureau <input type="checkbox"/> Domicile <input type="checkbox"/> Cellulaire	<input type="checkbox"/> TÉLÉPHONE (secondaire)	<input type="checkbox"/> Bureau <input type="checkbox"/> Domicile <input type="checkbox"/> Cellulaire	TÉLÉCOPIEUR
COURRIEL					
<b>Cette information est essentielle pour recevoir les communications relatives au Colloque.</b>					
INFORMATIONS GÉNÉRALES					
<input type="checkbox"/> Médecin de famille <input type="checkbox"/> Autre spécialité (spécifiez) : _____ <input type="checkbox"/> Médecin résident <input type="checkbox"/> Étudiant(e) en médecine <input type="checkbox"/> Professionnel de la santé non-médecin (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.*

Montants avant taxes Webdiffusion en direct	MEMBRE de Médecins francophones du Canada Avant le 4 novembre À partir du 4 novembre	NON-MEMBRE Avant le 4 novembre À partir du 4 novembre
Médecin	215 \$ - 250 \$	300 \$ - 340 \$
Médecin résident	75 \$ - 75 \$	110 \$ - 140 \$
Étudiant(e) en médecine	50 \$ - 50 \$	110 \$ - 140 \$
Professionnel de la santé non-médecin	50 \$ - 60 \$	110 \$ - 140 \$

### PAIEMENT

Aucun remboursement pour annulation.

**Total à payer :** \_\_\_\_\_ \$

Chèque     À l'ordre de Médecins francophones du Canada

MasterCard

Numéro

Expiration

Visa



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

--	--	--

Code postal associé à la carte de crédit : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

**Envoyez votre formulaire par télécopieur au 514 388-5335  
ou par courriel à [llepelletier@medecinsfrancophones.ca](mailto: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