

**Inscription au Colloque francophone de médecine de Montréal  
Vendredi 22 mai 2020  
Hôtel Universel Montréal**

(SVP remplir en caractères d'imprimerie)

<input type="checkbox"/> DRE <input type="checkbox"/> DR    NOM <input type="checkbox"/> MME <input type="checkbox"/> M.		PRÉNOM		NUMÉRO DE PERMIS
ADRESSE		VILLE ET PROVINCE		CODE POSTAL
TÉLÉPHONE (principal)	<input type="checkbox"/> Bureau <input type="checkbox"/> Domicile <input type="checkbox"/> Cellulaire	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"/> Résident(e) en médecine <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.*

Montants <u>avant</u> taxes Repas du midi inclus			
MEMBRE DE MÉDECINS FRANCOPHONES DU CANADA	NON-MEMBRE		
Médecin	230 \$ <input type="checkbox"/>	Médecin	310 \$ <input type="checkbox"/>
Résident(e) en médecine	75 \$ <input type="checkbox"/>	Résident(e) en médecine	125 \$ <input type="checkbox"/>
Étudiant(e) en médecine	50 \$ <input type="checkbox"/>	Étudiant(e) en médecine	125 \$ <input type="checkbox"/>
Autre professionnel de la santé	125 \$ <input type="checkbox"/>	Autre professionnel de la santé	225 \$ <input type="checkbox"/>

**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 : \_\_\_\_\_

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