

**Inscription au Colloque francophone de médecine de la Péninsule acadienne
Vendredi 5 juin 2020
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 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				
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) 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	100 \$ <input type="checkbox"/>	Médecin	165 \$ <input type="checkbox"/>
Résident(e) en médecine	75 \$ <input type="checkbox"/>	Résident(e) en médecine	165 \$ <input type="checkbox"/>
Étudiant(e) en médecine	50 \$ <input type="checkbox"/>	Étudiant(e) en médecine	95 \$ <input type="checkbox"/>
Autre professionnel de la santé	100 \$ <input type="checkbox"/>	Autre professionnel de la santé	165 \$ <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"/>
Code postal associé à la carte de crédit : _____			
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**