

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 | TÉLÉPHONE (secondaire) | | <input type="checkbox"/> Bureau |
| | | <input type="checkbox"/> Domicile | | | <input type="checkbox"/> Domicile |
| | | <input type="checkbox"/> Cellulaire | | | <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"/> 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 <u>avant taxes</u> Webdiffusion en direct | MEMBRE de Médecins francophones du Canada | NON-MEMBRE |
|---|---|---|
| | Avant le 4 novembre À partir du 4 novembre | 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 Code de sécurité (3 chiffres au dos de votre carte)

Visa

| | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Code postal associé à la carte de crédit : _____

Signature : _____

Date : _____

Envoyez votre formulaire par télécopieur au 514 388-5335
 ou par courriel à 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