

**Inscription au Colloque sur les Défis éthiques en santé
Jeudi 8 février 2018
Hilton Double Tree **, Gatineau**

(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 (principal)		TÉLÉPHONE (secondaire ou 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)		<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.

**Profitez d'un rabais sur le tarif d'inscription si vous participez aussi au
Colloque francophone Bal de Neige le 9 février au Hilton Double Tree**

**Réservez dès maintenant au 1-800-807-1088 ou par courriel au reservations@doubletreegatineau.com. Mentionnez Médecins francophones du Canada pour bénéficier du tarif préférentiel de 135 \$ (taxes en sus) pour une chambre (simple/double) au Hilton Double Tree

Les montants incluent les taxes	Colloque Défis éthiques en santé	Inscription combinée Colloque Bal de Neige ET Colloque Défis éthiques
Médecin membre	212,71 \$ <input type="checkbox"/>	404,71 \$ <input type="checkbox"/>
Médecin non-membre	396,66 \$ <input type="checkbox"/>	754,24 \$ <input type="checkbox"/>
Résident ou étudiant membre	57,49 \$ <input type="checkbox"/>	91,98 \$ <input type="checkbox"/>
Résident ou étudiant non-membre	114,98 \$ <input type="checkbox"/>	183,97 \$ <input type="checkbox"/>
Autre professionnel de la santé	212,71 \$ <input type="checkbox"/>	306,98 \$ <input type="checkbox"/>

PAIEMENT

Total à payer : _____ \$ (aucun remboursement)

Chèque À l'ordre de Médecins francophones du Canada

MasterCard Numéro

Visa

Expiration

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

Signature _____

Inscrivez-vous [en ligne](http://www.medecinsfrancophones.ca) ou retournez votre formulaire par courriel à info@medecinsfrancophones.ca, ou par télécopieur au (514) 388-5335 ou par la poste au 8355 boul. Saint-Laurent, Montréal QC H2P 2Z6

Téléphone : (514) 388-2228 ou 1 800 387-2228, poste 235