

FORMULAIRE D'INSCRIPTION



INFORMATION SUR LE PARTICIPANT		
<input type="checkbox"/> Dr <input type="checkbox"/> Dre	Indiquer votre numéro de pratique :	
Nom :	Prénom	
Clinique ou organisation :		
Adresse :	Ville :	Code postal :
Téléphone du bureau :	Cellulaire :	
Courriel :		
Restrictions ou allergies alimentaires :		
JE PARTICIPERAI À :		
<input type="checkbox"/> Toute la journée (dîner inclus) <input type="checkbox"/> AGA de l'AMOL seulement		

IMPORTANT – RÉSERVÉ AUX MÉDECINS SEULEMENT

La Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, organisme pleinement agréé en formation continue par le Collège des médecins du Québec, reconnaît 3.00 heures de formation accréditées de catégorie 1 aux participants à cette activité. Le code d'éthique du Conseil québécois de développement professionnel continu des médecins (CQDPCM) doit être respecté (www.cqdpcm.ca)

Retourner votre formulaire dûment rempli par courriel
à drmg.cissslaval@ssss.gouv.qc.ca
avant le jeudi 5 septembre 2019.