FORMULAIRE D'INSCRIPTION

Symposium SSVQ en après-midi

Vendredi 15 janvier 2010

Horaire : de 11 h 30 à 16 h 00

Lipides 2010

Inscription sans frais – Goûter à l'Hôpital Notre-Dame

Veuillez confirmer votre présence
à l'Hôpital Notre-Dame en retournant ce formulaire
par télécopieur au (514) 671-0525*
ou par courriel à **johurtubise@videotron.ca**
** Interurbain pour certaines régions de Montréal*

*Prendre note que ce formulaire s'applique **exclusivement** aux participants se présentant à l'Hôpital Notre-Dame.*
*Pour les participants en région, veuillez confirmer votre présence auprès des responsables régionaux. Voir la liste sur le site Internet **www.ssvq.org***

REGISTRATION FORM

QSVS Afternoon Symposium

Friday, January 15th, 2010

Time: 11:30 a.m. to 4:00 p.m.

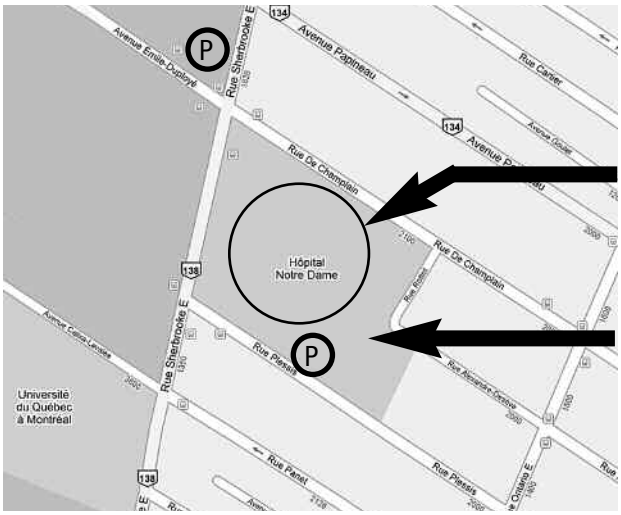
Lipids 2010

No charge registration – Snack at the Hôpital Notre-Dame

Please send the Registration Form for the CHUM-Hôpital Notre-Dame
by fax at (514) 671-0525* or
by email at **johurtubise@videotron.ca**
**Long distance for some Montreal areas*

*Please note that this Registration Form applies **exclusively** to participants that present themself at the Hôpital Notre-Dame.*
*For regional participants, please confirm your presence with your regional representative. See the list on the website at **www.ssvq.org***

Trajet/Directions



Symposium
CHUM-Hôpital Notre-Dame
1 560, rue Sherbrooke est, Montréal
Pavillon Lachapelle, Auditorium
Rousselot, rez-de-chaussée

Stationnement / Parking
Plessis entre / between Ontario & Sherbrooke

Quelques jours après l'envoi de ce formulaire, assurez-vous d'avoir reçu votre CONFIRMATION d'inscription.

A few days after sending your registration form, make sure that you have received your registration CONFIRMATION.

(SVP ÉCRIRE EN LETTRES MOULÉES)
(PLEASE PRINT CLEARLY IN BLOCK LETTERS)

Dr/Dr. ☐ Mr/Mr ☐
Ph ☐ Mme/Mrs ☐
Autre/Other ☐ Mlle/Ms ☐

Nom de famille / Last Name _____ Prénom / First Name _____

Titre/Spécialité (si résident, précisez votre niveau)
Title/Specialty (**Specify your level, if you are a resident**) _____ Niveau/Level **R**____

Hôpital/Institut/Entreprise
Hospital/Institute/Company _____

Adresse/Address _____
(si résident, adresse au domicile/**if you are a resident, write your personal address**)

Ville/City _____ Province _____ Code postal/Postal Code _____

Tél./Tel. (____)_____ Téléc./Fax (____) _____

Courriel/E-mail _____ @ _____

(**Très important** pour l'envoi de confirmation de présence/**Very important** to send you a confirmation of attendance)

Information : Josée Hurtubise – Tél. (514) 693-1659 ou/or 1 866 693-1659

Pour devenir membre de la SSVQ :
To become a member of the QSVS: ***www.ssvq.org***

Prendre note que la SSVQ se réserve le droit de faire des photos pendant les événements pour promouvoir ceux-ci.

Please note that the pictures taken during the meetings might be used to promote future events.