

## FORMULAIRE D'INSCRIPTION

**EPICC-Pédiatrie / Durée : 2 jours**

Date de la formation :	
Nom du participant :	
Adresse :	
Ville :	Code postal :
Tél. (domicile) :	Tél. (travail) :
Courriel ( <b>obligatoire</b> ) :	
Établissement :	
Titre :	Département :
Mode de paiement :	<input type="checkbox"/> Chèque <input type="checkbox"/> Visa <input type="checkbox"/> Master Card <input type="checkbox"/> Mandat-poste      # _____ Exp. ___/___

### FRAIS D'INSCRIPTION

Les **frais d'inscription de 275 \$** incluent les modules d'auto-apprentissage en ligne, la formation donnée à l'HSCM, les frais à la PRN ainsi que la certification. Le chèque doit être libellé à l'ordre du **CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal** et posté à l'adresse suivante :

Hôpital du Sacré-Cœur-de-Montréal  
A/S de Mme Ingrid Germain  
Programme de traumatologie, local R. 1025  
5400, boul. Gouin Ouest  
Montréal (Québec) H4J 1C5

**Note :** La place du participant est garantie sur réception du paiement complet des frais d'inscription.

### ANNULATION

Les frais d'inscription ne sont **pas remboursables**. Toutefois, un substitut peut être désigné à la place du participant déjà inscrit à la formation. S'il y a substitution, le participant doit s'assurer de transmettre toute l'information à son substitut.

### RENSEIGNEMENTS

Mme Ingrid Germain  
Tél.: (514) 338-2222 poste 5833208 / Fax : (514) 338-3139  
[secretariat.traumatologie.cnmtl@ssss.gouv.qc.ca](mailto:secretariat.traumatologie.cnmtl@ssss.gouv.qc.ca)