

FORMULAIRE D'INSCRIPTION

EPICC-Unité Soins / Durée : 1 jour

Date de la formation :	
Nom du participant :	
Adresse :	
Ville :	Code postal :
Tél. (domicile) :	Tél. (travail) :
Courriel (obligatoire) :	
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 175 \$** 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