

AQPMC COTISATION MEMBRE ASSOCIÉ

Veillez compléter tous les champs de ce formulaire pour joindre l'AQPMC.

Information personnelle

Nom : _____

Prénom : _____

Titre : _____

Courriel : _____

Adresse bureau

Centre hospitalier : _____

Département : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____

Résident non-membre régulier : Attestation du directeur/superviseur de résidence

J'atteste que le demandeur est inscrit à un programme de résidence et n'est pas membre régulier (n'est pas engager comme 1203) :

Nom : _____

Signature : _____

Date : _____

Signature: _____

Date : _____

Coût de la cotisation : 50 \$

Payable par virement interac, en argent comptant ou par chèque (l'adresser à : « L'Association québécoise des médecins cliniques »). Pour le virement interac, envoyer ce formulaire accompagné de la cotisation et des informations du virement à l'adresse email suivante : infoaqpmc@gmail.com . Pour les envois postaux, utiliser l'adresse suivante :

AQPMC
CP 55039
Succursale Maisonneuve
2937 rue Sherbrooke E, Montréal, Québec
H1W 1B2