

AQPMC COTISATION ÉTUDIANTE

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

Information personnelle

Nom : _____

Prénom : _____

Courriel : _____

Adresse bureau

Université : _____

Département : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____

Attestation du directeur de programme universitaire

J'atteste que le demandeur est inscrit à un programme d'études graduées en physique médicale :

Nom : _____

Signature : _____

Date : _____

Signature de l'étudiant: _____

Date : _____

Coût de la cotisation : 10 \$

Payable par **virement interac**, en argent comptant ou par chèque (l'adresser à : « L'Association québécoise des physiciens médicaux 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