

## FORMULAIRE D'INSCRIPTION FORMATION CONTINUE EN SOINS DE SANTÉ

Nom \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_

No. permis: **OIIQ** \_\_\_\_\_

Thématique	Date	Coût
<input type="checkbox"/> L'ÉVALUATION DE LA CONDITION VASCULAIRE AUX M.I.	6 JUIN 2012	150\$
<input type="checkbox"/> LE PIED DIABÉTIQUE	14 JUIN 2012	135\$

Veillez envoyer le formulaire d'inscription accompagné de votre chèque fait à l'ordre de **Denise Pothier Santé Plus inc.** au montant correspondant à la (aux) thématique(s) choisie(s), à l'adresse suivante :

**Denise Pothier Santé Plus inc.**  
**778, des Calcédoines, Québec, Qc, G2L 2N1**