

FORMULAIRE D'INSCRIPTION

Emergency Practice, Interventions and Care-Canada (EPICC) / Durée : 2 jours

Date de la formation :	
Nom et prénom	Courriel (obligatoire)
1.	
2.	
3.	
4.	
Nom du responsable :	Tél. :
Titre :	Département/Service :
Établissement :	
Adresse :	Ville : Code postal :
Courriel :	
Mode de paiement :	<input type="checkbox"/> Chèque <input type="checkbox"/> Visa <input type="checkbox"/> Master Card
	<input type="checkbox"/> Mandat-poste # _____ Exp. ____/____

Les **frais d'inscription de 250 \$ par participant** incluent les modules d'auto-apprentissage, la formation donnée à l'HSCM, les frais à la NENA 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 Fanny Boulianne
Programme de traumatologie, local G-1090
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 Fanny Boulianne
T. (514) 338-2222, poste 2703 / F. (514) 338-3139
secretariat.traumatologie.hsc@ssss.gouv.qc.ca