

Formulaire d'inscription/Registration form

Nom/Name

Employeur/Employer

Adresse/Address

N° de permis/
Permit number

Chèque/Cheque

Carte de crédit/
Credit card

Visa



Master Card



N° de la carte/
Card number

Date d'expiration/
Expiration date

Signature

Je m'inscris au congrès complet

Je m'inscris au congrès à la carte

1 journée

2 journées

Veillez retourner le formulaire d'inscription et votre paiement à:

Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec

1440, rue Sainte-Catherine Ouest, bureau 320

Montréal (Québec) H3G 1R8

Tél.: (514) 931-2900 ou 1 800 561-0029 | Télécopieur: (514) 931-3621

Choix de conférences/Choice of lectures

Veillez inscrire la lettre ou le chiffre correspondant à votre choix de conférences /
Write the number or letter corresponding to your choice of lectures.

Vendredi/Friday 15 octobre 2010

	1 ^{er} choix	2 ^e choix
15 h 15	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16 h 45	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Samedi/Saturday 16 octobre 2010

	1 ^{er} choix	2 ^e choix
11 h 15	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 h 45	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Le nombre de participants à chacune des conférences étant limité, nous nous réservons le droit d'inscrire les congressistes aux conférences incomplètes, advenant qu'il n'y aucun choix d'inscrit.
Due to the limited number of places in each lecture, we reserve the right to place participants in lectures with remaining spaces.