Formulaire Abonnement Étudiant-Associé

A. Informations personnelles

Nom _____ Prénom _____

Code permanent _____ jour ____ mois ____ année ____

Adresse _____ App _____

Ville _____ Province _____ Code Postal _____

Téléphone _____ Cellulaire _____

Courriel _____

B. Informations académiques

Institution (Nom et adresse) _____

Adresse suite _____ Année _____

C. Paiement

Abonnement 12 mois : 34.49$ (taxes incluses)

☐ Chèque ☐ Mandat Poste ☐ Visa ☐ Mastercard

____/____/____/____ ____/____

Numéro de la carte Expiration

Je certifie par la présente que les renseignements fournis sur ce formulaire sont vrais, exacts et complets sous tous les rapports. Je joins également une preuve de mon statut d'étudiant (relevé de notes) à ce formulaire.

Signature :_____ Date :_____

Faire parvenir le formulaire à l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec,
1440 Ste-Catherine Ouest, Bureau 721, Montréal, Québec H3G 1R8. Tel : 514.931.2900
Télécopieur : 514.931.3621