

VEUILLEZ TÉLÉCHARGER LE FORMULAIRE AVANT DE LE REMPLIR ET L’ENREGISTRER

RENSEIGNEMENT GÉNÉRAUX	
Nom :	Prénom :
Numéro de permis :	
Courriel :	

SECTEUR (S) D’ACTIVITÉS / INTÉRÊTS	
Je suis intéressé (e) à m’impliquer (plusieurs choix possibles)	
<input type="checkbox"/>	Inspection professionnelle (Vous devez être inhalothérapeute depuis au moins 5 ans)
	<input type="checkbox"/> Soins cardiorespiratoires généraux
	<input type="checkbox"/> Soins critiques et urgence
	<input type="checkbox"/> Assistance anesthésique
	<input type="checkbox"/> Épreuves diagnostiques
	<input type="checkbox"/> Soins à domicile
<input type="checkbox"/>	Comité scientifique du congrès
<input type="checkbox"/>	Représentations dans les écoles secondaires
<input type="checkbox"/>	Projets-pilotes
<input type="checkbox"/>	Rédaction d’article dans la revue <i>l’inhalo</i>

Signature : _____ Date : _____

Veillez retourner ce formulaire dûment rempli et signé par courriel à info@opiq.qc.ca