


FORMULAIRE DE DEMANDE
FORFAIT INSTITUTIONNEL AU CAMPUS OPIQ
MISE À JOUR JANVIER 2019



COORDONNÉES

Nom de l'installation : _____
(où les inhalothérapeutes travaillent)

Nom de la personne responsable de la demande : _____

 _____

 _____

Signature : _____ Date : _____

Nom de la personne responsable de la gestion du forfait (si différent du demandeur)

Nom : _____

 _____

 _____

ACTIVITÉ DE FORMATION (OBLIGATOIRE)

Inscrire le sigle de la formation (voir tableau page suivante) : _____

Note : une seule activité de formation par demande

Nombre d'inhalothérapeutes à inscrire : _____

Note : l'inhalothérapeute doit obligatoirement travailler dans l'établissement demandeur.

ACTIVITÉS DE FORMATION DU CAMPUS OPIQ DISPONIBLES EN FORFAIT INSTITUTIONNEL

Sigle	Titre	Durée (heure)	Tarif individuel (taxes incluses)
OPIQ-103	La ponction artérielle radiale	3	30 \$
OPIQ-303	Les arythmies cardiaques	3	20 \$
OPIQ-405	L'auscultation pulmonaire	4	48 \$
OPIQ-504	Pulmonary auscultation	4	48 \$
OPIQ-601	Gestion avancée des voies aériennes chez l'adulte (Rév 02/2017)	4	48 \$
OPIQ-701	Advanced airway management in adult (Rev 02/2017)	4	48 \$
OPIQ-2002	Les notes au dossier	2	24 \$
OPIQ-3002	Charting notes to the medical file II	2	24 \$
OPIQ-3003	La prescription de médicaments pour la cessation tabagique	2	24 \$
Guide- 15-01	Parler, écouter et écrire : l'art de communiquer en santé	3	30 \$

CHOIX DU FORFAIT

	Forfait	Nombre d'inhalothérapeutes	Tarif institutionnel
<input type="checkbox"/>	A	De 5 à 24	30 % de rabais sur le tarif individuel
<input type="checkbox"/>	B	De 25 à 49	40 % de rabais sur le tarif individuel
<input type="checkbox"/>	C	50 et plus	50 % de rabais sur le tarif individuel
Total à payer			

MODE DE PAIEMENT

Chèque (libellé au nom de l'OPIQ)

Visa MasterCard

Cochez si une facture est
requis avant le paiement et
indiquez les coordonnées pour
la facturation

Pour des raisons de sécurité, si vous payez par carte de crédit, veuillez communiquer avec madame Marie Andrée Cova au **514-931-2900 poste 21** pour donner votre numéro de carte de crédit.

COORDONNÉES POUR LA FACTURATION

Nom de l'établissement : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Province : _____

Code postal : _____

Courriel : _____

Espace réservé à l'OPIQ

Date de réception : _____

Demande transmise pour facturation le : _____

Numéro de facture : _____

Courriel activation envoyé le : _____



Enregistrer le document et le retourner par courriel à
l'adresse suivante : adjointe.tableaumembres@opiq.qc.ca

Ou par télécopieur : 514 931-3621