



Formulaire d'inscription SMAF sur Web CT

Nom :

Prénom :

Adresse :

Numéro de téléphone : ()

Adresse courriel :

(obligatoire)

Profession :

Établissement :

Adresse de

l'établissement :

Paiement :

par chèque

Le chèque doit accompagner le formulaire d'inscription
et être libellé au nom du :

Centre d'expertise en santé de Sherbrooke

Attention : Lucie Morier

375, rue Argyll

Sherbrooke (Québec) J1J 3H5
