



ensemble pour la vie...
Association des **omnipraticiens en périnatalité** du Québec

Formule d'adhésion 2011-2012 ***

Identification: (inscrire en caractères d'imprimerie S.V.P.)

Numéro de pratique _____

Nom _____ Prénom _____

Adresse (**bureau** ou **maison** à préciser S.V.P / l'endroit où vous voulez recevoir documentation et le **Journal Le Cordon**)

Ville _____ Province _____ Code postal _____

Tél.: (bureau ou maison) (_____) _____

Nom de votre principal CH (pour les accouchements) _____

***Votre adresse courriel SVP:** _____ @ _____

Concernant votre adhésion, vous recevrez un «**accusé réception**» par courriel uniquement, SVP bien inscrire votre courriel. Permettez-vous à l'AOPQ d'utiliser votre adresse courriel afin de vous tenir au courant de diverses informations pertinentes concernant la pratique ? oui non (**cochez SVP**) **En aucun cas elle ne sera retransmise à un tiers.**

Pratique médicale:

1- Êtes-vous en pratique active En résidence Étudiant en médecine Retraité (**cochez SVP**)

2- Seriez-vous intéressés à participer occasionnellement, via votre adresse courriel, à un groupe de discussion sur la périnatalité : oui non (**cochez SVP**)

Signature _____ Date _____

Les frais sont de \$75.00 (gratuit pour les résidents en médecine familiale et les étudiants en médecine)
*****Valide du 1er octobre 2011 au 30 septembre 2012 / S.V.P. poster votre inscription, avec votre chèque à l'ordre de :**

**AOPQ
C.P. 65, succ. R
Montréal, QC
H2S 3K6**

Pour nous écrire : info@aopq.org