

DEMANDE D'ADHÉSION

Nom

Prénom

Coordonnées postales :

Domicile :

Adresse

Ville

Province

Code postal

Téléphone

Courriel

Je désire recevoir mon courrier :

À domicile : Au travail :

Formation et diplôme

Pour les médecins

No. de permis de pratique : _____

Principal lieu de travail :

Adresse :

Ville

Province

Code postal

Téléphone

Courriel

Année de graduation : _____

Veuillez donner un aperçu de vos activités professionnelles reliées au traitement de la douleur

Coût de l'adhésion 2010-2011

Adhésion annuelle pour médecin incluant le journal Douleur & Analgésie **160\$**

Adhésion annuelle pour autre professionnel incluant le journal Douleur & Analgésie **120\$**

Prière de joindre à la présente demande d'adhésion un chèque au montant correspondant au type d'adhésion choisi et de faire suivre à l'adresse ci-bas :