



Federation of
Medical Regulatory
Authorities of Canada

Fédération des
ordres des médecins
du Canada

Formulaire d'inscription

Congrès et Assemblée générale annuelle 2017 de la FOMC

Le Fairmont Winnipeg
2, place Lombard
Winnipeg (Manitoba) Canada
Du 10 au 12 juin 2017

Personne-ressource			
Nom :	Prénom :		
Nom tel qu'il doit apparaître sur l'insigne:			
Organisme :			
Adresse :	Ville :		
Province ou État :	Pays :	Code postal ou zip :	
Numéro de téléphone :	Numéro de télécopieur :		
Courriel :			
Personne-ressource en cas d'urgence :	Numéro de téléphone :		
Droits d'inscription		FRAIS	Coût
Inscription complète hâtive (comprend l'accès à toutes les réunions, aux séances éducatives et aux repas) le ou avant le 25 avril 2017.		1 000 \$	\$
Inscription complète après le 25 avril 2017.		1 100 \$	\$
Veuillez indiquer votre choix de menus pour le souper du dimanche 11 juin : <input type="checkbox"/> steak et poulet <input type="checkbox"/> végétarien			
Billets pour permettre aux invités d'assister à la réception le samedi 10 juin et à la réception et au souper le dimanche 11 juin. Nom de l'invité(e)		150 \$/invité	\$
Prénom : _____ Nom : _____			
Veuillez indiquer le choix de menu de <u> votre invité(e) </u> pour le souper du dimanche 11 juin : <input type="checkbox"/> steak et poulet <input type="checkbox"/> végétarien		TOTAL :	\$
Veuillez préciser toute allergie alimentaire dont vous souffrez : _____ Veuillez préciser toute allergie alimentaire dont souffre votre invité(e) : _____			
Appareils mobiles			
Aurez-vous avec vous (encerclez tout ce qui s'applique) : iPhone/téléphone intelligent/téléphone Android/tablette/ordinateur portatif			
Paiement			
Veuillez remplir le formulaire de paiement par carte Visa ou MasterCard ou rédiger un chèque à l'ordre de la Fédération des ordres des médecins du Canada. Veuillez noter que tout remboursement sera effectué par chèque.			
Comment s'inscrire			
PAR COURRIER : 1021 place Thomas Spratt Ottawa (Ontario) K1G 5L5 À l'attention de : Catherine Tattrie		PAR COURRIEL : ctattrie@fmrac.ca	

Le Fairmont Winnipeg
2, place Lombard
Winnipeg (Manitoba) Canada

Du 10 au 12 juin 2017

Date : _____

Veillez choisir : **VISA** **MASTERCARD**

Nom du participant : _____

Montant total autorisé : \$ _____

Nom du détenteur de la carte :

Organisme : _____

Adresse complète : _____

Je, _____, autorise la Fédération des ordres des médecins
(EN LETTRES MOULÉES)
du Canada à porter à ma carte de crédit le montant total ci-haut mentionné.

Signature du détenteur de la carte

VISA SEULEMENT	MASTERCARD SEULEMENT
Numéro de la carte Visa : _____	Numéro de la carte MasterCard : _____
Date d'expiration : _____	Date d'expiration : _____
Code de sécurité à trois chiffres : _____	Code de sécurité à trois chiffres : _____