

FORMULAIRE D'INSCRIPTION

ATTENTION!

Veillez remplir toutes les sections et lire les « Renseignements généraux » du Programme.

MEMBRE

Statut : Régulier Associé OPPQ : N° de membre : P _____ T _____

N° de permis pht (extérieur au Québec) : _____

M. M^{me} Prénom : _____ Nom : _____

Adresse : _____ Ville : _____

Province : _____ Code postal : _____

Lieu de travail : _____

Téléphone : domicile : () _____ travail : () _____

Courriel : _____

(accusé de réception seulement si courriel fourni)

ASSURANCE RESPONSABILITÉ

Je détiens une assurance responsabilité pour les activités de formation impliquant des ateliers de pratique manuelle, que ce soit auprès de clients réels ou entre participants (voir Renseignements généraux) Oui Non

ACTIVITÉ

Code : FC _ - _ _ _ Titre : _____

Date limite d'inscription : _____

Si l'évaluation des apprentissages est facultative : Est-ce que vous ferez cette évaluation? Oui Non

PAIEMENT – À COMPLÉTER OBLIGATOIREMENT

Chèque (obligatoirement daté de la date limite d'inscription qu'il soit émis par le membre ou l'employeur et libellé au nom de l'OPPQ)

L'envoi d'un seul chèque pour défrayer le coût de plusieurs activités n'est pas accepté.

Chèque ci-joint

Chèque à venir par la poste : (obligatoirement accompagné d'une copie du(des) formulaire(s) d'inscription à une même activité)

chèque personnel chèque de l'employeur

(Compléter la section « Carte de crédit » et cocher « Garantie de paiement »)

Carte de crédit

Paielement par carte de crédit Garantie de paiement par carte de crédit si un chèque suit par la poste

(Informations sur la carte de crédit obligatoires dans les deux cas)

Visa MasterCard No: _____

Date d'expiration*: _____ Signature: _____

*Si l'expiration de la carte arrive dans le mois précédant la tenue de cette activité, la nouvelle date d'expiration doit être fournie avant la date limite d'inscription.

REÇUS AUX FINS D'IMPÔTS

Les reçus fiscaux sont émis au(x) payeur(s) de l'activité.

Participant seulement Employeur seulement

Répartition du montant total Employeur _____ \$ Participant _____ \$

Si employeur : Nom : _____

COORDONNÉES

Faites parvenir votre demande au plus tard à la date limite d'inscription à l'adresse suivante :
ORDRE PROFESSIONNEL DE LA PHYSIOTHÉRAPIE DU QUÉBEC / **Coordination de la formation continue**
7151, rue Jean-Talon Est, bureau 1000 Anjou (Québec) H1M 3N8 - Télécopieur : (514) 351-2658