



Formulaire d'inscription

(En lettres moulées s.v.p.)

D^r M. Mme Mlle

Prénom : _____ Nom : _____

Titre : _____ Département : _____

Organisme : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Province : _____ Code postal/zip : _____ Pays : _____

Téléphone : _____ Poste : _____ Téléc. : _____

Courriel : _____

Votre nom tel qu'il doit figurer sur votre porte-nom : _____

Professionnel-le de la santé allié-e (précisez la profession) _____

Sommaire des frais à payer

Catégorie d'inscription

<input type="checkbox"/> Membre SCT	200,00 \$	_____ \$
<input type="checkbox"/> Membre PCSR	200,00 \$	_____ \$
<input type="checkbox"/> Non-membre	250,00 \$	_____ \$

TOTAL CI-JOINT : _____ \$

Mode de paiement

Chèque (ci-joint) Visa MasterCard

(À l'ordre de l'Association pulmonaire - CRC)

Nom du titulaire tel que figurant sur la carte de crédit (en lettres moulées) : _____

Numéro de la carte : _____ Date d'expiration : _____ (MM/AA)

Signature : _____

La signature d'autorisation doit correspondre au nom figurant sur la carte de crédit.

(N.B. : La transaction sur votre relevé de carte de crédit portera la mention *Taylor & Associates.*)

Si n'êtes pas titulaire de la carte de crédit, veuillez fournir les renseignements suivants :

Courriel du titulaire de la carte : _____ Téléphone du titulaire de la carte : _____

Besoins alimentaires particuliers

Les repas fournis devraient convenir à la plupart des régimes alimentaires. Si vous avez des allergies, restrictions ou besoins alimentaires particuliers, veuillez nous en aviser :

Régime végétarien Allergie/Autre : _____

Liste des congressistes

Une liste des congressistes et de leurs coordonnées sera distribuée aux participants. Veuillez indiquer si vous souhaitez y figurer.

OUI, prière d'inscrire mon nom et mes coordonnées sur la liste des congressistes.

NON, prière de ne pas inscrire mon nom et mes coordonnées sur la liste des congressistes.

N.B. : Si vous ne précisez pas votre préférence, nous prendrons pour acquis que vous acceptez que vos nom et coordonnées soient publiés.

Tous les participants assisteront aux mêmes séances lors du Jour 1.

Diverses séances simultanées sont offertes lors du Jour 2. Veuillez faire vos choix parmi les séances suivantes :

Samedi 6 juin 2009

8 h 00 à 10 h 00

Séances simultanées (choisir une seule séance)

L'entraînement à l'exercice – T. Dolmage

La prise en charge pharmacologique – R. Hodder

Les prises de décisions liées au traitement – D. Goodridge / P. Hernandez

10 h 30 à 12 h 30

Séances simultanées (choisir une seule séance)

Comment démarrer un programme – P. Hernandez

La réadaptation pulmonaire pour d'autres maladies – R. Goldstein

Le maintien des gains – D. Brooks

Hébergement

Nous avons réservé un bloc de chambres à l'Hôtel Sheraton Gateway (aérogare 3 de l'aéroport Pearson), au tarif préférentiel de 129 \$ pour les participants inscrits à l'atelier. **Téléphonez au 1-888-627-7092 et demandez le bloc de chambres CLF05Z de l'Association pulmonaire du Canada.**

Politique d'annulation et de remboursement

Seuls les formulaires accompagnés du paiement complet de l'inscription seront traités. Seuls les participants inscrits pourront se procurer le matériel du Congrès au comptoir d'inscription; il ne sera pas possible de récupérer le matériel d'autres personnes. **Les annulations reçues par écrit et portant le sceau de la poste d'au plus tard le 25 mai 2009 donneront droit à un remboursement complet moins des frais d'administration de 50,00 \$.** Pour les annulations reçues après cette date, aucun remboursement ne sera accordé.

La substitution de délégués sera permise jusqu'au premier jour du Congrès, inclusivement. L'Alliance canadienne sur la MPOC se réserve le droit d'annuler l'événement si le nombre d'inscriptions est insuffisant; le cas échéant, elle se porte garante du seul remboursement des frais d'inscription.

Veuillez retourner votre formulaire dûment rempli, par télécopie ou par courriel, au :

L'Alliance canadienne sur la MPOC
a/s L'Association pulmonaire
1750, croissant Courtwood
Bureau 300
Ottawa (ON) K2C 2B5
Tél : (613) 569-6411 poste 270 – Lise Dingwell
Télec. : (613) 569-8860
Courriel: ldingwell@lung.ca