



Formulaire d'inscription pour non-membre **2023-2024**

Prénom et Nom : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Code Postal : _____

Téléphone clinique : _____

Courriel : _____

No de permis : _____ Dentiste Hygiéniste

Je désire m'inscrire au cours _____ (titre)

du _____ (date) et je m'engage à payer l'inscription pour _____ (Nombre de personne)

au coût de _____\$. Pour un total de _____\$.

Le coût est de 175\$ pour un dentiste et de 75\$ pour un membre partenaire (hygiéniste).

PS. Veuillez SVP compléter un formulaire par inscription.

Signature : _____ Date : _____

ENVOYER CE FORMULAIRE PAR LA POSTE À L'ATTENTION DE :

SDL/CÉLINE BOUCHER
359 RUE NOTRE-DAME
SAINT-SULPICE, QC
J5W 3X3

*** VEUILLEZ PRENDRE NOTE QUE VOUS AVEZ JUSQU'À 2 SEMAINES AVANT LA FORMATION
POUR NOUS FAIRE PARVENIR VOTRE PAIEMENT.**

****LE PAIEMENT EST FINAL ET NON REMBOURSABLE**