

Devenir clinicien associé

Nom : _____

Prénom _____

No de permis de pratique : _____

Sexe Féminin Masculin

Bacc. ou Pharm.D. : UdeM UL Autre : _____ Année de graduation : _____

M.Sc. (prat.pharm.) : UdeM UL Autre : _____ Année de graduation : _____

Matricule UdeM (facultatif) : _____ Date de naissance : _____

Courriel : _____

NB. : *Tous les envois d'information se font par courriel.*

Veuillez SVP retourner le formulaire complété à l'adresse suivante :

clinicienassocie@pharm.umontreal.ca

Pour plus de renseignements concernant le titre de clinicien associé,
n'hésitez pas à communiquer avec nous au clinicienassocie@pharm.umontreal.ca
et à visiter notre site web : www.pharm.umontreal.ca

Merci de votre collaboration!

Faculté de pharmacie

Université 
de Montréal


Centre
FOCUS