

DEVENIR CLINICIEN ASSOCIÉ 2016-2021

Ce formulaire vous permet de signifier votre intérêt pour vous joindre à notre équipe de cliniciens associés. Il vise aussi à recueillir certaines données qui nous permettront d'établir les cours que vous devriez prendre pour obtenir ce titre et vous communiquer les renseignements nécessaires.

Ce formulaire peut être rempli électroniquement. À noter que vous devez enregistrer le formulaire sur votre poste de travail avant de le remplir et de le joindre au courriel.

NOM : _____		PRÉNOM : _____	
NO PERMIS D'EXERCICE: _____		SEXE : féminin <input type="checkbox"/> masculin <input type="checkbox"/>	
Bacc. ou Pharm.D. : UdeM <input type="checkbox"/> U L <input type="checkbox"/> Autre : _____		Année de diplomation: _____	
M.Sc. (prat.pharm ou pharm. avancée.) : UdeM <input type="checkbox"/> U L <input type="checkbox"/> Autre : _____		Année de diplomation : ____	
Code permanent/matricule : _____		Date de naissance : _____ <small>JJ/MM/AAAA</small>	
NAS : _____ (obligatoire que nous puissions prendre en charge des frais du cours)			
Adresse personnelle :		Adresse au travail :	
Adresse : numéro civique, rue, boulevard, etc.		Bannière, établissement de santé, industrie	
Ville, Province		Nom du propriétaire	
Code postal		Adresse : numéro civique, rue, boulevard, etc.	
		Ville, Province	
		Code postal :	
Téléphone :		Téléphone :	
Cellulaire :		Télécopieur :	
Courriel (tous les envois d'information se font par courriel) :			

Envoyer le formulaire dûment rempli en utilisant une de ces deux options :

1. Par télécopieur à **514 343-2019**
2. En document attaché par courriel à perfprofpharm@umontreal.ca

Pour plus de renseignements concernant le titre de clinicien associé, n'hésitez pas à communiquer avec Mme Carole Sirois au 514 343-6111 poste 8720 ou par courriel à perfprofpharm@umontreal.ca et à visiter notre site web : www.pharm.umontreal.ca.

L'ÉQUIPE DU PERFECTIONNEMENT PROFESSIONNEL VOUS REMERCIE DE VOTRE COLLABORATION!