



Faculté de pharmacie

Programmes de perfectionnement professionnel

RENOUVELLEMENT DU TITRE DE CLINICIEN ASSOCIÉ

LETTRES MOULÉES S.V.P.

NOM : _____	PRÉNOM : _____
NO PERMIS DE PRATIQUE : _____	SEXÉ : féminin <input type="checkbox"/> masculin <input type="checkbox"/>
Bacc. ou Pharm.D. : UdeM <input type="checkbox"/> U L <input type="checkbox"/> Autre : _____	Année de graduation : _____
M.Sc. (prat.pharm.) : UdeM <input type="checkbox"/> U L <input type="checkbox"/> 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 !