

DEVENIR CLINICIEN ASSOCIÉ

LETTRES MOULÉES S.V.P.

NOM :	_____	PRÉNOM :	_____
NO PERMIS DE PRATIQUE :	_____	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 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 :	_____		
<i><u>NB. Tous les envois d'information se font par courriel.</u></i>			

Veillez 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 !