

## **RENOUVELLEMENT DU TITRE DE 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 : _____	
<b><u>NB. Tous les envois d'information se font par courriel.</u></b>	

Veillez SVP retourner le formulaire complété à l'adresse suivante  
[clinicienassocie@pharm.umontreal.ca](mailto: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](mailto:clinicienassocie@pharm.umontreal.ca) et à visiter notre site web : [www.pharm.umontreal.ca](http://www.pharm.umontreal.ca).

MERCI DE VOTRE COLLABORATION !