

FORMATION SECTION SANTÉ FORMULAIRE D'INSCRIPTION

Date limite d'inscription: 1 semaine avant la formation
FORMULAIRE D'INSCRIPTION À RETOURNER PAR TÉLÉCOPIEUR AU : (514) 281-8219

VENDREDI 4 JUIN, Montréal

Hôtel Gouverneur - Place Dupuis, 1415, rue Saint-Hubert, Salle Gouverneur (514) 842-4881

Nom _____

Organisme _____

Adresse _____

Ville _____ Prov. _____ Code postal _____

Tél. _____ Courriel _____

COÛT (incluant le lunch)

	MEMBRE	NON-MEMBRE
	175,00 \$	275,00 \$
TPS: R123011694	12,25 \$	19,25 \$
TVQ: 1006121213	14,05 \$	22,07 \$
TOTAL À PAYER	201,30 \$	316,32 \$

MODALITÉS DE PAIEMENT

Ci-joint 1 chèque de _____ \$ à l'ordre de ASTED inc.

Facturation pour organisme seulement : _____

Carte de crédit : Visa _____ MasterCard _____ Montant : _____

J'autorise à prélever sur ma carte de crédit n°: _____

Expiration.: _____

Nom du titulaire (en lettres d'imprimerie) de la carte de crédit : _____

Signature du titulaire : _____ Date: _____

Modalités de remboursement :

7 jours ouvrables ou plus avant l'activité de formation : remboursement en totalité

Moins de 7 jours ouvrables avant l'activité de formation : remboursement moins 30 % ou facturation de 30% des frais d'inscription, selon le cas

En cas d'absence non signalée selon les délais prescrits ci-dessus: aucun remboursement ou facturation en totalité, selon le cas



ASTED inc. 3414, avenue du Parc, bureau 202, Montréal, Québec, H2X 2H5
☎ (514) 281-5012 Courriel: info@asted.org