

Renouvellement <input type="checkbox"/>	Nouveau membre <input type="checkbox"/>
<b>Identification du membre</b>	
Nom : _____ No prof. : _____	
Adresse : _____ _____	
Téléphone : Bur. : _____ Téléc. : _____	
Courriel : _____ (permet une communication plus régulière et efficace)	
J'accepte que mon nom <input type="checkbox"/> apparaisse(nt) sur la page Web et le Bulletin de la SQG	
Signature : _____ Date : _____	

<u>Catégorie de membre</u>	<u>Cotisation</u>
<input type="checkbox"/> Médecin	200 \$
<input type="checkbox"/> Résident, retraité ou médecin à l'étranger	25 \$

<b><u>Pour une nouvelle demande</u></b>
Diplôme : _____
Position : _____
Affiliation - Université _____
- Hôpital _____
- Autre _____

Faire le chèque payable à la **Société québécoise de gériatrie** et le retourner avec ce formulaire d'inscription à :

SOCIÉTÉ QUÉBÉCOISE DE GÉRIATRIE  
A/S Carole Labrie  
375, rue Argyll  
Sherbrooke (Québec) J1J 3H5  
Tél. : 819 346-9196 Téléc. : 819 829-7153  
Courriel : SQ\_Geriatrie@hotmail.com