

Renouvellement <input type="checkbox"/>	Nouveau membre <input type="checkbox"/>
Identification du membre	
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, pharmacien	<input type="radio"/> 200 \$ / <input type="radio"/> 350 \$ pour 2 ans
<input type="checkbox"/> Résident, retraité ou médecin à l'étranger	<input type="radio"/> 25 \$
<input type="checkbox"/> Infirmière praticienne spécialisée	<input type="radio"/> 100 \$ / <input type="radio"/> 175 \$ pour 2 ans

Pour une nouvelle demande	
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 Courriel : SQ_Geriatrie@hotmail.com