

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

<u>Catégorie de membre</u>	<u>Cotisation</u>
☐ Médecin, pharmacien et dentiste	☐ 200 \$ / ☐ 350 \$ pour 2 ans
☐ Résident, retraité ou médecin à l'étranger	☐ 25 \$
☐ Infirmière praticienne spécialisée	☐ 100 \$ / ☐ 175 \$ pour 2 ans

<u>Pour une nouvelle demande</u>
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