

Formulaire demande d'adhésion de l'étudiant

Les étudiants inscrits à un programme d'échographie de diagnostic médical accrédité/enregistré d'Agrément Canada peuvent se prévaloir d'une adhésion gratuite. Veuillez présenter cette demande par l'intermédiaire du représentant de votre programme, à l'adresse ci-dessous.

RENSEIGNEMENTS PERSONNELS		VEUILLEZ ÉCRIRE CLAIREMENT	
Nom :		Numéro de téléphone :	
Adresse électronique :			
Adresse :			
Ville :		Province :	Code postal :

PROGRAMME ACCRÉDITÉ / ENREGISTRÉ		VEUILLEZ ÉCRIRE CLAIREMENT	
Nom du programme :		Numéro de téléphone :	
Adresse électronique :		Poste :	
Adresse :			
Ville :		Province :	Code postal :
Nom de l'instructeur :			
Date de début du programme :		Date de fin du programme :	

Veuillez cocher le domaine de spécialité qui s'applique à vous :

- Généraliste
- Cardiaque
- Vasculaire

Souhaitez-vous recevoir de la correspondance par courrier électronique au sujet des examens, des conférences, des emplois et d'autres occasions?

- Oui
- Non

Signatures :

Instructeur de programme : _____
(Membre d'Échographie Canada)

Étudiant : _____

Une fois votre formation terminée, veuillez vous assurer de communiquer avec Échographie Canada pour tirer pleinement parti de tous les avantages d'être membre avec une assurance responsabilité professionnelle.

CP 1220, Kemptville, ON K0G 1J0
Téléphone sans frais: 1-888-273-6746 Télécopieur sans frais: 1-888-743-2952
info@sonographycanada.ca www.sonographycanada.ca

Selon notre Politique de confidentialité, vous avez consenti, en nous transmettant vos renseignements personnels, à la cueillette, à l'utilisation et à la divulgation de vos renseignements personnels pour les fins décrites dans la politique d'Échographie Canada de confidentialité.