

Application standard d'envoi massif électronique aux membres d'Échographie Canada

RENSEIGNEMENT PERSONNELS		
Nom:	Téléphone:	
Nom de l'Entreprise:	Extension:	
Adresse postale:		
Ville:	Province:	Code Postal:
Courriel:		

RENSEIGNEMENT DÉTAILLÉS
Envoi massif-électronique
Titre de sujet:

* Comme l'organisme national agissant pour le compte d'échographe partout au pays, Échographie Canada croit fermement qu'il est dans l'intérêt de la profession et du système canadien de soins de santé que la nomenclature utilisée pour décrire notre profession et ses praticiens est appliquée uniformément dans tous les cas afin que toutes les parties prenantes, étudiants potentiels aux éducateurs, praticiens, organismes de réglementation et d'autres à travers le système de santé ont une reconnaissance et une compréhension de ce qu'on entend quand quelqu'un fait référence à la profession. À cet égard, nous encourageons l'utilisation de « Échographie médicale diagnostique » ou « Échographie » pour décrire la profession et « Échographie médicale diagnostique » ou « Échographe » pour décrire le praticien.

INFORMATION SUPPLÉMENTAIRES

- Le contenu des annonces d'emploi doit donner priorité aux compétences d'identification d'Échographie Canada.
- Nous ne faisons pas de publicité pour les cours de préparation aux examens ou les cours d'admission à la profession.

Application standard d'envoi massif électronique aux membres d'Échographie Canada

INFORMATION DE PRIX:

Envoi massif électronique \$500 + taxes applicable

Les taxes s'appliquent à tous les frais à l'exception de l'extérieur du Canada (aucune tax) :

C-B - 7% TVQ+ 5% TPS

MB - 7% TVQ + 5% TPS

ON - 13% TVH

AB, SK, QC, NT, YT - 5% TPS

NB, NE, T.N.L., Î.P.E - 15% TVH

MODALITÉ DE PAIEMENT

Cheque (À l'ordre d'Échographie Canada; nous n'acceptons PAS de chèques postdatés)

Mandat Poste

MasterCard VISA

Montant:

Numéro Carte de Crédit:

Date d'expiration:

Code de sécurité

- - -

____ / ____
Mois Année

Nom tel qu'il apparaît sur la carte de crédit

Signature du titulaire:

LISTE DE VÉRIFICATION V

Complété les Renseignements Personnel

Paiement

Document Word de publicité (jointe au courrier électronique)

Envoyez par courriel l'application à l'adresse fournie ci-dessous.

S'il vous plaît envoyer à: bbresee@sonographycanada.ca

Boîte Postale 1220, Kemptville, ON K0G 1J0 | Téléphone sans frais: 1-888-273-6746 / Télécopieur sans frais: 1-888-743-2952 | www.sonographycanada.ca

Suivez nous sur  [Sonography Canada - Échographie Canada](#)