Sonography Canada / Échographie® Canada

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 :**
Date de naissance :		

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

Souhaiteriez-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 : _____

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 transmettons 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.

® une marque de commerce déposée d'Échographie Canada / Sonography Canada