

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

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


RENSEIGNEMENT DÉTAILLÉS
Envoi massif-électronique
Titre de sujet: * (Veuillez vous assurer que vous utilisez le bon titre professionnel)

\* Comme l'organisme national agissant pour le compte d'échographiste 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 « Échographiste » 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.

Téléphone sans frais: 1-888-273-6746 / Télécopieur sans frais: 1-888-743-2952 | [www.sonographycanada.ca](http://www.sonographycanada.ca)

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

## Application offre d'emploi public standard

INFORMATION DE PRIX:	
<input type="checkbox"/> Envoi massif électronique	\$500 + taxes applicable
TVH taxes s'appliquent à tous les frais	
ON - 13% TVH #TVH 898707286RT0001	

MODALITÉ DE PAIEMENT	
<input type="checkbox"/> Cheque (À l'ordre d'Échographie Canada; nous n'acceptons PAS de chèque postdatés)	
<input type="checkbox"/> Mandat Poste	
<input type="checkbox"/> MasterCard <input type="checkbox"/> 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	
<input type="checkbox"/>	Complété les Renseignements Personnel
<input type="checkbox"/>	Paiement
<input type="checkbox"/>	Document Word de publicité (jointe au courrier électronique)
<input type="checkbox"/>	Envoyez par courriel l'application à l'adresse fournie ci-dessous. <b>S'il vous plaît envoyer à: <a href="mailto:info@sonographycanada.ca">info@sonographycanada.ca</a></b>

Téléphone sans frais: 1-888-273-6746 / Télécopieur sans frais: 1-888-743-2952 | [www.sonographycanada.ca](http://www.sonographycanada.ca)

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