FORMULAIRE D'ADHÉSION

Vous voulez vous joindre au Réseau de soins palliatifs du Québec et contribuer de façon significative à l'épanouissement des soins palliatifs au Québec.

Rien de plus facile, complétez notre formulaire et faites-nous parvenir votre cotisation au montant de **60 $**. Votre cotisation comprend l'inscription simultanée au Réseau de soins palliatifs du Québec et à l'Association canadienne de soins palliatifs. Veuillez nous faire parvenir votre paiement par la poste à l'adresse suivante :

Réseau de soins palliatifs du Québec
500, rue Sherbrooke Ouest, bureau 900
Montréal, Québec H3A 3C6
Tél : 514 282-3808, poste 2042
Fax : 514 844-7556

Nom :	
Adresse domicile :	
	Ville : **Prov. :** **Code postal :**
Adresse travail :	**Établissement :**
	Ville : **Prov. :** **Code postal :**
Tél. domicile :	
Tél. travail :	
Paget/cell :	
Courriel	
Profession :	
Lien avec hôpital/clinique :	
Adresse du Courrier	**Domicile :** ☐ **Au travail :** ☐
Commentaires :	