



FORMULAIRE D'APPLICATION D'AFFILIATION

Nom _____

Titre _____

École _____

Adresse Courriel _____

Association professionnelle _____

Adresse site web _____

Adresse postale _____

Ville _____ Prov. _____ Code Postal _____

Téléphone pour patient _____

Téléphone pour le bureau en cas de demande urgente _____

Je désire une boutique en ligne oui non

Je désire des blocs-notes de recommandations oui non