**FORMULAIRE D’ADHÉSION À L’AMPRNQ**

**Nom:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nom Prénom

**Courriel:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Profession:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Professionnel de la santé | Étudiant universitaire | Étudiant pré-universitaire |
| Médecin  Infirmière- ier  Physiothérapeute  Pharmacien  Nutritioniste  Autre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Médecine  Sciences infirmières  Physiothérapie  Pharmacie  Nutrition  Autre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | CÉGEP  Études secondaires  Autre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |
| --- | --- |
| **Adresse professionnelle:** | **Adresse personnelle:** |

**Numéros de téléphone:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Bureau Domicile Cell

**Domaine d’intérêt:**

Mentorat

Organisation d’événement

Conférencier invité

Supervision de projets de recherche

Supervision clinique

Autre

|  |  |
| --- | --- |
| **Date:** | **Signature:** |

Note : Veuillez envoyer le formulaire à l’adresse suivante : qbma.president@gmail.com