

Rapport des frais administratifs d'un cours d'ÉTG

Nom de l'instructeur qui donne le cours

Nom: _____ Date du cours: _____

Ville: _____ Province: _____

Information des participants

Nombre de Participants: _____ x \$20 = \$ _____

Nombre d'Instructeurs Candidats: _____ x \$90 = \$ _____

Montant total soumis \$ _____

Information pour le paiement

Option 1: Carte de crédit Visa MasterCard

Nom sur la carte: _____

Numéro de carte: _____ Date d'expiration: _____

Option 2: Facturation au réseau de santé

Réseau de santé: _____

Personne contact: _____ Courriel: _____

Adresse de facturation: _____ Ville: _____

Province: _____ Code postal: _____ Téléphone: (____) _____

Option 3: Cheque libellé à Canadian Association of Emergency Physicians.

SVP soumettre via fax (613) 523-0190, courriel: ctas@caep.ca
ou: À attention CTAS, 808 – 180 Elgin St, Ottawa, ON, K2P 2K3



CAEP | Canadian Association
of Emergency Physicians

ACMU | Association canadienne
des médecins d'urgence

