

# Demande de renouvellement d'instructeur ÉTG

Prénom: \_\_\_\_\_

Nom de famille: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Ville: \_\_\_\_\_ Province: \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Téléphone: (      ) \_\_\_\_\_

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

Je suis membre actif du NENA  Yes  No

Je demande un renouvellement de mon statut d'instructeur au montant de \$20 .

SVP facturer via:  Visa  MasterCard

Nom sur la carte: \_\_\_\_\_

Numéro de la carte: \_\_\_\_\_ Date d'expiration: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

SOUMETTRE via fax (613) 523-0190, courriel: [ctas@caep.ca](mailto:ctas@caep.ca)  
ou À l'attention : CTAS, 808 – 180 Elgin St, Ottawa, ON, K2P 2K3

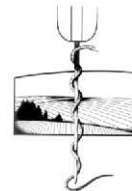


CAEP | Canadian Association  
of Emergency Physicians

ACMU | Association canadienne  
des médecins d'urgence



Canadian  
Paediatric  
Society



ASSOCIATION  
DES MÉDECINS  
D'URGENCE  
DU QUÉBEC  
**AMUQ**