

Renouvellement <input type="checkbox"/>	Nouveau membre <input type="checkbox"/>
Identification du membre	
Nom : _____ No prof. : _____	
Adresse : _____ _____	
Téléphone : Bur. : _____ Téléc. : _____	
Courriel : _____ (permet une communication plus régulière et efficace)	
J'accepte que mon nom <input type="checkbox"/> apparaisse(nt) sur la page Web et le Bulletin de la SQG	
Signature : _____ Date : _____	

Catégorie de membre	Cotisation
<input type="checkbox"/> Médecin	200 \$
<input type="checkbox"/> Résident, retraité ou médecin à l'étranger	25 \$

Pour une nouvelle demande
Diplôme : _____
Position : _____
Affiliation - Université _____
- Hôpital _____
- Autre _____

Faire le chèque payable à la **Société québécoise de gériatrie** et le retourner avec ce formulaire d'inscription à :

SOCIÉTÉ QUÉBÉCOISE DE GÉRIATRIE
A/S Carole Labrie
375, rue Argyll
Sherbrooke (Québec) J1J 3H5
Tél. : 819 346-9196 Téléc. : 819 829-7145
Courriel : SQ_Geriatrie@hotmail.com