

Formulaire d'inscription

ACD/CDA Montréal

VEUILLEZ ÉCRIRE CLAIEMENT EN LETTRES MOULÉES OU DACTYLOGRAPHIER.
VEUILLEZ CONSERVER UNE COPIE DU FORMULAIRE POUR VOS DOSSIERS ET REMPLIR UN
FORMULAIRE POUR CHAQUE CONGRESSISTE. (Voir les modalités et conditions en page 20.)

Le mercredi 28 juin au dimanche 2 juillet 2000
Hôtel Omni Mont-Royal, Montréal, Québec

PERSONAL DATA

D. Pr. M. Mme Mlle

Nom

Prénom

Initiale

À inscrire sur l'insigne d'identité (votre nom tel qu'il doit apparaître sur votre insigne - maximum de 19 lettres)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Organisation (maximum de 20 lettres)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adresse postale

Rue ou boîte postale _____

Téléphone (résidence) _____

Ville _____

Téléphone (bureau) _____

Province/État _____

Télécopieur _____

Pays _____ Code postal _____

Courriel _____

Accompagnant(e)

Dr. Pr. M. Mme. Mlle.

Nom

Prénom

Initiale

À inscrire sur l'insigne d'identité (votre nom tel qu'il doit apparaître sur votre insigne - maximum de 19 lettres)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Enfants (5-à 10 ans)/Jeunes (11 à 18 ans) (prenom et nom de famille svp.)

1 Nom _____ Âge _____ 3 Nom _____ Âge _____

2 Nom _____ Âge _____ 4 Nom _____ Âge _____

FRAIS D'INSCRIPTION *Veillez cocher les cases pertinentes*

Frais d'inscription au congrès - comprennent toutes les réunions scientifiques et les sessions satellites, la réception d'ouverture à l'hôtel Omni, la soirée au Musée des Beaux Arts et l'exposition « De Renoir à Picasso » et le banquet du président. (NB : l'inscription aux ateliers est en sus).

	Le ou avant le 5 mai 2000	Après le 5 mai 2000
Membre (ou membre proposé)	<input type="checkbox"/> 510 \$	<input type="checkbox"/> 610 \$
Médecin non membre	<input type="checkbox"/> 690 \$	<input type="checkbox"/> 790 \$
*Résident (e)/Fellow	<input type="checkbox"/> 375 \$	<input type="checkbox"/> 475 \$

Ateliers en dermatologie - Prière de mentionner vos premiers et deuxièmes choix - Inscription limitée

La Pratique informatisée	25 \$	<input type="checkbox"/>
Épreuves épicutanées	25 \$	<input type="checkbox"/>
Techniques de substances injectables	25 \$	<input type="checkbox"/>
Gestion de pratique	25 \$	<input type="checkbox"/>

Frais d'inscription des personnes accompagnant les congressistes - Comprendent la réception d'ouverture, le tour de ville et le dîner, la visite du Jardin botanique et de l'Insectarium et le dîner, la soirée « De Renoir à Picasso » et le banquet du président.

Nombre de participants _____ à 200 \$ pour chaque personne _____ \$

Frais d'inscription des jeunes et des enfants - Comprendent la réception d'ouverture, l'excursion à la bibliothèque, la visite de La Ronde et le déjeuner, le Centre iSci et le déjeuner, la soirée « De Renoir à Picasso » avec l'atelier d'art, et le banquet des jeunes.

Nombre de participants _____ à 150 \$ pour chaque personne _____ \$

Total partiel _____ \$

Plus TPS à 7 % (N° de TPS R100762988) _____ \$

Total versé _____ \$

Veillez cocher les cases pertinentes

Programme social

- La Réception d'ouverture à l'Hôtel Omni, # _____
 L'exposition et soirée « De Renoir à Picasso » au musée, # _____
 Banquet du président, # _____

Symposiums parallèles

- Symposium parallèle La Roche-Posay – La Dermatoscopie des lésions pigmentées
 Symposium parallèle Allergan – Nouveaux traitements topiques de l'acné
 Symposium parallèle Cosmair – Les effets des rayons UV sur la peau
 Symposium parallèle Fujisawa – Dermatite atopique aujourd'hui et demain/Mise à jour sur le Tacrolimus

Réunions des groupes auxiliaires :

- Symposium de la Société canadienne de Chirurgie dermatologique
OU Symposium sur la guérison des plaies
 Symposium Société canadienne de dermatologie pédiatrique
OU Symposium de la Société de dermite de contact
OU Symposium de la Société de recherche en dermatologie

J'ai/nous avons des exigences alimentaires spéciales. Énumérer : _____
Nom(s) _____

Moi-même ou un membre de ma famille avons un handicap physique et par conséquent avons besoin d'une aide spéciale pour le transport. Nom _____

MODE DE PAIEMENT

(Tous les frais sont payable en dollars canadiens)

- Cheque (à l'ordre de l'ACD, a/s Events by Design)
 Traite bancaire/Mandat (à l'ordre de l'ACD, a/s Events by Design)
 VISA
 MasterCard

NOM DU DÉTENTEUR DE LA CARTE _____

NUMÉRO DE LA CARTE _____

DATE D'EXPIRATION _____

SIGNATURE AUTORISÉE _____

DATE _____

J'ai lu et compris les conditions d'inscription stipulées en page 20

Signature _____

Poster ou télécopier les formulaires remplis à l'adresse suivante :
Secrétariat du Congrès de l'ACD,
Events by Design
#601 - 325 Howe Street
Vancouver, BC, Canada, V6C 1Z7
Téléphone : (604) 669-7175
Télécopieur : (604) 669-7083
Courriel : info@ebd.bc.ca