



RÉSERVÉ À L'AIIS PQ

No du chèque:	Montant:	POSTÉ	Date:
---------------	----------	-------	-------

## FORMULAIRE (RENOUVELLEMENT)

3850 Jean Talon Ouest bur 99  
Montréal, Qc H3R 2G8  
Tél.: 514-344-7212  
Sans Frais: 1-800-771-9664

Site internet: [www.aiispq.org](http://www.aiispq.org)  
Courriel: [info@aiispq.org](mailto:info@aiispq.org)  
Télécopieur: 514-344-0766

Cotisation: 110\$ payable **par chèque seulement**  
Si payé après le **31 mars 2013** la cotisation sera de **135\$**

(SVP ÉCRIRE LISIBLEMENT)

### INFORMATIONS CONFIDENTIELLES (USAGE EXCLUSIF DE L'AIIS PQ)

PRÉNOM:	NOM:
ADRESSE:	
VILLE:	CODE POSTAL:
TÉL. RÉSIDENCE:	TÉL. BUREAU (SOINS DE PIEDS):
TÉLÉCOPIEUR:	COURRIEL:
NO MEMBRE OIQ:	NO MEMBRE AIIS PQ:
LANGUE(S) PARLÉE(S):	RÉGION ADMINISTRATIVE:
FORMATION EN SOINS INFIRMIERS	
HÔPITAUX:	COLLÉGIALE:
BAC:	MAITRISE:
AUTRES I.E. CERTIFICATS	

### INFORMATIONS POUR PUBLICATION (1 SEUL RÉPERTOIRE)

PRÉNOM:	NOM:
ADRESSE:	
VILLE:	CODE POSTAL:
TÉL. RÉSIDENCE:	TÉL. BUREAU (SOINS DE PIEDS):
COURRIEL:	RÉGION ADMINISTRATIVE:
<b>NB: TOUTES INFORMATIONS DONNÉES SERONT PUBLIÉES AUX ENDROITS ICI-BAS SAUF AVIS CONTRAIRE</b>	

### ATTENTION COCHEZ L'ENDROIT OÙ VOUS NE VOULEZ PAS ÊTRE PUBLIÉ

ENDROITS	
RÉPERTOIRE	
SITE INTERNET AIIS PQ	
COMMANDITAIRES ET EXPOSANTS	
ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ	

### LIEUX DE PRATIQUE EN SOINS DE PIEDS

LIEUX	TEMPS COMPLET	TEMPS PARTIEL	POSE DE LAMELLE	ORTHOPLASTIE
CABINET PRIVÉ				
VISITE À DOMICILE				
ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ				
ANCIENS COMBATTANTS				

SIGNATURE: \_\_\_\_\_

DATE: \_\_\_\_\_

**VERSO**