

FORMULAIRE D'INSCRIPTION

Nom :	_____	Prénom :	_____
Adresse courriel :	_____		
Télécopieur :	_____	Téléphone :	_____

Profession	Médecin	<input type="checkbox"/>	Médecin spécialiste	<input type="checkbox"/>
	Infirmière	<input type="checkbox"/>	Intervenant communautaire	<input type="checkbox"/>
Organisme :	GMF	<input type="checkbox"/>	Clinique médicale	<input type="checkbox"/>
	CSSS mission CH	<input type="checkbox"/>	CSSS mission CLSC	<input type="checkbox"/>
	Organisme communautaire	<input type="checkbox"/>	Autres	<input type="checkbox"/>

Le Bulletin régional B.R.I.L. est produit par la Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides.

À compléter seulement si vous n'avez pas d'adresse courriel ou de télécopieur

J'aimerais recevoir le bulletin par la poste

Adresse : _____

Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____

Veuillez transmettre ce formulaire complété à l'attention de Mme Suzanne Nadon

Par télécopieur au (450) 436-1761

Merci et au plaisir de vous compter parmi nos lecteurs!