



CONGRÈS 2024

1^{er} et 2 novembre

À la découverte des innovations !

SUIVEZ-NOUS  



 Plus d'informations sur www.aqgp.ca

JOURNÉE DES TECHNICIENS

FORMULAIRE D'INSCRIPTION

NOM DE L'ENTREPRISE : _____

ADRESSE : _____

VILLE : _____ CODE POSTAL : _____

TÉLÉPHONE (bureau) : _____ TÉLÉCOPIEUR : _____

COURRIEL : _____
(Obligatoire pour recevoir une confirmation d'inscription)

FRAIS D'INSCRIPTION

MEMBRE

Inscription à la journée des techniciens

Présentiel Virtuel

Conférences du samedi, repas du midi, et 2 pauses-santé

260 \$ + tps

NON-MEMBRE

Inscription à la journée des techniciens

Présentiel Virtuel

Conférences du samedi, repas du midi, et 2 pauses-santé

345 \$ + tps

*Taxes : TPS R119861516 TVQ 1013179057

POLITIQUE D'ANNULATION

Toute annulation d'inscription doit être faite par écrit (courriel et télécopieur sont acceptés).

Des frais d'annulation seront exigés dans le cas où l'annulation aurait lieu :

- **le dernier jour ouvrable ou le jour même** de la tenue de l'activité : **100 % des frais d'inscription** ;
- **2 à 5 jours ouvrables** avant la tenue de l'activité : **50 % des frais d'inscription** ;
- **absence non signalée** : le participant est tenu d'acquitter la facture.

Les substitutions de participants sont acceptées sans frais. Vous devez aviser le secrétariat au moins 5 jours avant la tenue de l'activité.

SECRÉTARIAT DE L'AQGP

2030, boul. Pie-IX, bureau 403, Montréal (Québec) H1V 2C8

T 514-355-3757 ou 1 800 663-2730 | F 514-355-4159 | aqgp@spg.qc.ca | www.aqgp.ca

INSCRIPTION(S)

NOM COMPLET DES PARTICIPANT(E)S	CERTIFICAT CD5 (numéro & date de validité)	CATÉGORIE (membre ou non-membre)	PRIX
1 - _____	_____	_____	_____ \$
<input type="checkbox"/> Allergie(s) <input type="checkbox"/> Intolérance(s) alimentaire(s) <input type="checkbox"/> Repas végétarien : _____			
2 - _____	_____	_____	_____ \$
<input type="checkbox"/> Allergie(s) <input type="checkbox"/> Intolérance(s) alimentaire(s) <input type="checkbox"/> Repas végétarien : _____			
3 - _____	_____	_____	_____ \$
<input type="checkbox"/> Allergie(s) <input type="checkbox"/> Intolérance(s) alimentaire(s) <input type="checkbox"/> Repas végétarien : _____			
4 - _____	_____	_____	_____ \$
<input type="checkbox"/> Allergie(s) <input type="checkbox"/> Intolérance(s) alimentaire(s) <input type="checkbox"/> Repas végétarien : _____			
5 - _____	_____	_____	_____ \$
<input type="checkbox"/> Allergie(s) <input type="checkbox"/> Intolérance(s) alimentaire(s) <input type="checkbox"/> Repas végétarien : _____			

*Allergie(s) ou intolérance(s) alimentaire(s), nous pourrions communiquer avec vous pour plus de précision.

TOTAL : _____ \$

PAIEMENT PAR CHÈQUE OU PAR CARTE DE CRÉDIT

Chèque ci-joint

VISA MASTERCARD

CODE DE SÉCURITÉ

NOM DU DÉTENTEUR

NUMÉRO DE LA CARTE

DATE D'EXPIRATION

SIGNATURE DU DÉTENTEUR

SECRÉTARIAT DE L'AQGP

2030, boul. Pie-IX, bureau 403, Montréal (Québec) H1V 2C8

T 514-355-3757 ou 1 800 663-2730 | F 514-355-4159 | aqgp@spg.qc.ca | www.aqgp.ca