

INSCRIPTION - Veuillez encercler votre (vos) options(s)

Numéro de TPS de l'ACPD :
80968 5290 RT0001

A) SÉMINAIRE PRÉ-CONFÉRENCE # 1 (Dimanche AM) Nombre de places limité. Inscrivez-vous tôt!

The BCDAC of Clozapine. Treating Schizophrenia beyond the ABC's

Membre \$194,25
Non-Membre \$246,75

B) SÉMINAIRE PRÉ-CONFÉRENCE # 2 (Dimanche PM) Nombre de places limité. Inscrivez-vous tôt

Recent Canadian Appellate Court Decisions regarding Review Board Matters: Implications for Clinical Forensic Psychiatrists and Specialty Psychiatric Hospitals

Membre \$194,25
Non-Membre \$246,75

C) CONGRÈS ANNUEL

L'inscription inclut : A66ès aux conférences, 1 billet pour la réception de bienvenue, le dîner-conférence et le lunch-conférence

<u>TPS (5%) INCLUSE</u>	avant le 8 mars	du 9 mars au 24 avril	après le 24 avril
MD - Membre	\$525,00	\$630,00	\$682,50
MD - Non-Membre	\$630,00	\$735,00	\$787,50
Non-MD - Membre	\$367,50	\$400,00	\$472,50
Non-MD - Non-Membre	\$446,25	\$498,75	\$551,25
*Autres professionnels/associés Résident/Étudiant/Fellow	\$131,25	\$183,75	\$236,25
Accompagnateur	\$194,25	\$194,25	\$194,25
Inscription à la journée	\$288,75	\$341,25	\$367,50

SVP préciser la journée/date : _____

D) RÉCEPTION COCKTAIL À L'ASSOMMOIR - Mardi, 30 avril - 17 h 00 à 19 h 00

_____ x \$42/personne = _____ (inclus: 2 verres et 5-6 bouchées/personne, service et taxes)

Participant(e)

_____ Nom _____ Courriel _____ Restriction alimentaire (svp préciser)	_____ Tél. _____ Ville, Province (pour inscription sur votre cocarde) Accompagnateur/trice (si applicable) _____ Nom _____ Restriction alimentaire (svp préciser)
---	---

OPTIONS DE PAIEMENT

CHÈQUE: SVP libeller votre chèque à l'attention de **CAPL** et le faire parvenir avec votre formulaire d'inscription à :
Goddard Communications (CAPL2018) 803, 30^e rue, Ste-Barbe, QC J0S 1P0

CARTE DE CRÉDIT: Veuillez compléter la page suivante et la télécopier avec votre formulaire d'inscription à
Goddard Communications au 1.450.373.7756, les poster à l'adresse ci-haut mentionnée ou les envoyer par
courriel à cgoddard@goddardcom.com

FORMULAIRE D'AUTORISATION (Carte de crédit)

Académie canadienne de psychiatrie et droit (ACPD)

Frais d'inscription: 24^e Congrès annuel de l'ACPD et/ou Séminaires pré-conférence - 28 avril au 1er mai, 2019

Participant(e) : _____

Nom sur la carte de crédit : _____

Type de carte de crédit (veuillez encercler) : Visa Master Card

Numéro de la carte de crédit : _____

Date d'expiration : _____ (MM/AAAA)

Numéro CVV (numéro de 3 chiffres derrière la carte) : _____

Adresse de facturation :

Montant : _____

Signature du titulaire de la carte : _____

Date : _____