



FORMULAIRE D'ADHÉSION

MEMBRE #

COTISATION PAYÉE

**ASSOCIATION
DES NUTRITIONNISTES CLINIENS
DU QUÉBEC (www.ancq.org)**

Association professionnelle regroupant les nutritionnistes des établissements de santé du Québec

NOM : _____

PRÉNOM : _____

ADRESSE : _____

VILLE : _____ CODE POSTAL : _____

TÉLÉPHONE : () _____ CELLULAIRE : () _____

COURRIEL : _____

AU TRAVAIL

ÉTABLISSEMENT : _____

STATUT : TC TP ___ ETC NDP

TÉLÉPHONE : () _____ #POSTE _____

TÉLÉAVERTISSEUR: () _____ TÉLÉCOPIEUR: () _____

COURRIEL: _____

AUTRE(S) ÉTABLISSEMENT(S) : _____

STATUT : TC TP ___ ETC NDP

TÉLÉPHONE : () _____ #POSTE _____

PRATIQUE PRIVÉE : OUI NON

Signature _____

Date _____

Cotisation annuelle : 70\$ chèque à l'ordre de l'Association des nutritionnistes cliniciens du Québec (ANCQ)

10922 rue Jeanne-Mance, Montréal (Québec) H3L 3C6

Courriel : info@ancq.org