

Identification de l'Organisation

Nom: _____

Adresse: _____

Titre du programme/Cours

Titre: _____

Date: _____

Lieu _____

Programme inclus: SVP s'assurer d'inclure les noms des conférenciers et ses qualifications.

Nombre heures crédits requises : Fondamentaux Non-fondamentaux : _____
(SVP se référer aux règlements des crédits fondamentaux et non fondamentaux)

Frais d'administration si la demande reçue huit semaines seulement avant la date de l'événement: \$30.00 Non remboursable

Frais d'administration si la demande est reçue moins de huit semaines avant la tenue de l'événement. \$50.00 Non remboursable

Personne référence

Nom: _____

Adresse: _____

Téléphone le jour #: _____

Courriel: _____

Soumettre l'application et chèque payable au
Conseil Canadien d'Orthoptique (frais non remboursable)
Continuing Education Committee Chair
Dr. Ian Clark
c/o Catherine Day
2111-3605 Kariya Drive
Mississauga, ON L5B 3J4

A l'usage de l'administration

Frais payés \$30.00 \$50.00

Nombre total de crédits heures alloués :

Fondamentaux _____ Non-Fondamentaux _____

Signature du président EC : _____

Confirmation envoyé aux organisateurs Oui Non