

FORMULAIRE DE DEMANDE DE FORMATION



Formation Urgences en pratique familiale (UPF)

Date(s) souhaitée(s)-proposer plus d'une date si possible _____

Plage horaire souhaitée (prévoir 8 heures) _____

Si la formation se tient le même jour, prévoir 45 minutes pour le repas.
La clinique est responsable de l'organisation et des frais du repas.

IMPORTANT : La formation UPF inclut automatiquement la formation RCR/DEA
(Réanimation cardiorespiratoire / Défibrillateur Externe Automatisé).

Frais d'inscription (une facture vous sera transmise sur confirmation des participants 2 semaines avant la tenue de la formation selon la liste des présences confirmée à 3 semaines de l'activité.)

Calcul provisoire:

Médecins	_____	x	690,00 \$
Résidents	_____	x	250,00 \$
Autres professionnels (inhalo, pharmacien, ISPL, inf. GMF, ...)	_____	x	99,00 \$
Personnel rémunéré par les médecins:			
Personnel infirmier	_____	x	25,00 \$
Personnel administratif	_____	x	25,00 \$

Le groupe doit être composé d'un minimum de 4 médecins pour un minimum de 7 participants.

Pour des groupes de plus de 12 participants, un deuxième instructeur sera présent.

Un ratio de "un médecin pour deux membres du personnel non médical" doit être respecté.

Les frais d'inscription incluent les manuels RCR/DEA et UPF .

La clinique doit se procurer obligatoirement la **trousse UPF**. Cette dernière doit être commandée au minimum quatre semaines avant la formation. Si, au moment de la formation, la clinique ne possède pas la trousse, le directeur UPF se réserve le droit de refuser ladite formation, et ce, sans préavis ni remboursement. Le coût de la trousse sera confirmée au moment de la commande.

Nous avons déjà la trousse UPF: _____

Nous commandons une trousse:

Avec défibrillateur:

Nous avons déjà un défibrillateur:

Médecin responsable de la trousse (re: prescriptions incluses dans la trousse):

(Le Dr Parent communiquera avec vous pour finaliser la commande et la livraison de la trousse)

Renseignements généraux

Nom de la clinique : _____

Nom de la facturation (si différent du nom ci-dessus) : _____

Adresse de facturation : _____
(Numéro civique, rue, ville, code postal)

Personne responsable de la formation : _____ M. M^{me} D^r

Téléphone : _____ Courriel : _____

Adresse du lieu de formation (si différente de l'adresse ci-dessus) : _____
(Numéro civique, rue, ville, code postal)

Sur réception de cette demande de réservation, une facture pour le dépôt de 1000 \$ vous sera acheminée.
Paiement par chèque par la poste au Dr Parent 2375 Place de Vaudreuil Trois-Rivières, (Québec) G8Z 1J5

La facture finale vous sera transmise 3 semaines avant la date de la formation sur confirmation du nombre exact de participants et sera payable lors de l'évènement. Aucune annulation d'inscription ne sera acceptée après cette date.

Signature : _____

Renseignements et inscriptions tél. : 450-973-2228 téléc. : 450-973-4329 courriel: upf@cqmf.qc.ca

Politique d'annulation

Aucun remboursement ne sera accordé pour les annulations faites par le client en ce qui concerne la formation RCR(Cardio-Secours-DEA ou équivalent) et UPF. En cas d'annulation par le directeur UPF, les frais d'inscription seront remboursés en totalité à la clinique.

En aucun cas le directeur UPF ne pourra rembourser le coût des manuels de la FMCQ et UPF .