



ASSOCIATION DES CHIROPATICIENS DU QUEBEC

7960, boul. Métropolitain Est, Anjou (Québec) H1K 1A1

Téléphone : 514 355-0557 / Télécopieur : 514 355-0070

Courriel : acq@chiropratique.com

Site Web : www.chiropratique.com

DEMANDE D'INSCRIPTION

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____ / _____ / _____ (jour / mois / année)

Adresse de la clinique :

_____ No. civique, rue

_____ Ville

_____ Province

_____ Code Postal

_____ Téléphone

_____ Télécopieur

_____ Courriel

Adresse de la résidence :

_____ No. civique, rue

_____ Ville

_____ Province

_____ Code Postal

_____ Téléphone

Études : Universitaires : _____

Chiropratiques : _____

Date de graduation : _____

Années de pratique :

_____ Au Québec

_____ Hors Québec

Nouveau Gradué

Je, soussigné(e), détenteur du permis # _____ de l'Ordre des Chiropraticiens du Québec depuis le _____ demande mon inscription comme membre de l'Association des chiropraticiens du Québec en date du _____ et je m'engage à en respecter les règlements.

Signature

Signé à _____, ce _____^e jour du mois de _____ 20_____.

S.V.P. joindre au formulaire :
▪ Paiement
▪ Photo
▪ Photocopie du diplôme