



ASSOCIATION DES CHIROPRACTIENS DU QUÉBEC

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 RÉINSCRIPTION

Nom : _____ Prénom : _____

No. de Permis : # _____

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

Date de graduation :

Par la présente, je demande à être réinscrit en tant que membre de l'Association des chiropraticiens du Québec, et ce, à compter du _____.

Signature

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

S.V.P. joindre au formulaire : ▪ Paiement