



269, rue de Québec
Cowansville, Qc J2K 2A6
Tél. : 450 531-3630
Télé. : 450 955-0731
www.santesynergie.ca

FORMULAIRE D'INSCRIPTION À UNE ACTIVITÉ

Nom de l'activité : _____

Date de l'activité : _____

Participant

Nom, Prénom : _____

Adresse : _____ Ville : _____

Province : _____ Code postal : _____

Téléphone : _____

Adresse électronique : _____

Mode de paiement pour votre choix d'activité

- 50 % payable au moment de l'inscription
- L'autre 50 % doit être reçu 15 jours avant le début de l'activité

✓ CHÈQUE

- Payable à l'ordre de « Clinique Santé Synergie de la Montérégie »

✓ CRÉDIT

___ VISA ___ MASTERCARD ___ AMERICAN EXPRESS

Nom du titulaire de la carte : _____

Numéro de la carte : _____

Date d'expiration MM/AA : _____

CVV (numéro à l'endo de la carte) : _____

En envoyant ce formulaire, vous attestez avoir pris connaissance des modalités d'inscription. Merci de nous transmettre le formulaire dûment complété par

- ✓ Télécopieur au 450 955-0731
- ✓ En version numérisée par courriel à santesynergie@gmail.com
- ✓ Par la poste au 269 rue Québec, Cowansville, Qc., J2K 2A6