

Register before Friday, February 12, 2010 for a chance to win a free registration to a Regional CME of your choice in 2010!

Delegate Information (Please Print or Type)

Last Name: _____
 First Name: _____
 Initial: _____ Salutation (Dr., Ms., Miss, etc.): _____
 Mailing Address: Office Home _____

 City: _____
 Province: _____ Postal Code: _____
 Telephone: (_____) _____
 Fax: (_____) _____
 E-mail: _____
 Allergies: _____

Membership Information

SOGC Member: Yes No
 SOGC Membership Number: # _____

Registration Profile (Please Check Appropriate Box)

Ob/Gyn Life/Honorary
 Associate MD Junior Member/Family Practice Resident
 Associate Researcher (PhD) Student in Health Care Training
 Associate RM Associate Health Care Member
 Associate RN Associate Allied Health Care Member

REGISTRATION FEES		
(Canadian Funds)	Member	Non-Member
ICME Full Program: Ob/Gyn / MD / PhD / RM / RN / Junior Member / Family Practice Resident / Students / Health Care Member / Allied Health Care Member	<input type="checkbox"/> \$550	<input type="checkbox"/> \$650
Life / Honorary	<input type="checkbox"/> \$275	—
Accompanying Person (Attending Full Program)	<input type="checkbox"/> \$275	—
Name of Accompanying Person _____		
Daily Fee	<input type="checkbox"/> \$185	<input type="checkbox"/> \$250

Total Registration Fees \$ _____

- No participants from other resorts can be accepted on day passes.
- Cancellation Policy: NO CME REFUNDS after **Friday, February 12, 2010**. All refunds are subject to a 25% cancellation penalty.
- Breakout sessions registration will be done on-site.

Attending Opening Reception

(Monday, March 8): Yes No

Number of People Attending: _____

Accompanying Person / Family Members

Spouse / Accompanying Person: _____

Child: _____ Age: _____

Child: _____ Age: _____

Method of Payment (Canadian Funds)

Cheque (payable to SOGC) Visa Mastercard


Credit Card #: _____

Expiry Date: _____


Signature: _____

Total Amount Enclosed: _____

REGISTER ON-LINE

 www.sogc.org (credit card payment only)

PLEASE RETURN FORM EITHER BY:

 Fax: **613-730-4314** (credit card payment only)

 Mail: **SOGC, 780 Echo Drive, Ottawa, ON K1S 5R7**



Formulaire d'inscription pour la conférence 23^e FMCI, du 8 au 12 mars 2010

Paradisus Playa Conchal Resort, Costa Rica (forfait d'une semaine tout compris)

**Inscrivez-vous avant le vendredi 12 février 2010
pour être admissible au tirage d'une inscription gratuite à une
FMC régionale de votre choix en 2010!**

Renseignements sur le délégué

(en lettres moulées ou dactylographiées)

Nom : _____

Prénom : _____

Initiales : _____ Titre (Dr, M., Mme, etc.) : _____

Adresse postale : Bureau Résidence _____

Ville : _____

Province : _____ Code postal : _____

Téléphone : (_____) _____

Télécopieur : (_____) _____

Courriel : _____

Allergies : _____

Renseignements quant à l'adhésion

Membre de la SOGC : Oui Non

Numéro de membre de la SOGC : N° _____

Profil d'inscription (veuillez cocher la catégorie appropriée)

- Obs.-gyn. Membre à vie / honoraire
 Associé – médecine Membre débutant / résident de médecine familiale
 Associé – recherche (PhD) Étudiant en soins de santé
 Associé – sage-femme Associé – soins de santé
 Associé – soins infirmiers Associé – auxiliaire

FRAIS D'INSCRIPTION (\$CAN)		
	Membre	Non-membre
Programme complet de la FMCI : Obs.-gyn., associé – médecine / PhD / sage-femme / soins infirmiers / membre débutant / résident de médecine familiale / étudiants / associé – soins de santé / associé – auxiliaire	<input type="checkbox"/> 550 \$	<input type="checkbox"/> 650 \$
Membre à vie / honoraire	<input type="checkbox"/> 275 \$	—
Personne accompagnante (participant au programme complet)	<input type="checkbox"/> 275 \$	—
Nom de la personne accompagnante _____		
Frais quotidiens	<input type="checkbox"/> 185 \$	<input type="checkbox"/> 250 \$

Total des frais d'inscription : _____ \$

- Aucun participant hébergé par un autre centre de villégiature ne pourra avoir accès au site à l'aide d'un laissez-passer d'un jour.
- Politique en matière d'annulation : Aucun REMBOURSEMENT DES FRAIS DE FMC ne sera octroyé après **le vendredi 12 février 2010**. Tous les remboursements sont assujettis à des frais d'annulation de 25 %.
- L'inscription aux sessions en groupes restreints s'effectuera sur place.

Participation à la réception d'accueil

(le lundi 8 mars) : Oui Non

Nombre de convives : _____

Personne accompagnante / membres de la famille

Conjoint / personne accompagnante : _____

Enfant : _____ Âge : _____

Enfant : _____ Âge : _____

Mode de paiement (Fonds canadiens)

Chèque (à l'ordre de la SOGC) Visa Mastercard

N° de carte de crédit : _____

Date d'expiration : _____

Signature : _____

Montant total ci-joint : _____

INSCRIVEZ-VOUS EN LIGNE



www.sogc.org (paiement par carte de crédit seulement)

VEUILLEZ RETOURNER LE FORMULAIRE PAR :



Télécopieur : (613) 730-4314 (paiement par carte de crédit seulement)



Poste : SOGC, 780 Promenade Echo, Ottawa, ON K1S 5R7