

**2^e Sommet québécois
en maladies vasculaires cérébrales**

Vendredi 18 septembre 2009

Heure : 7 h 45 à 16 h 30

Inscription sans frais

Veuillez confirmer votre présence
en retournant ce formulaire
par télécopieur au (514) 671-0525*
ou par courriel à **johurtubise@videotron.ca**
* Interurbain pour certaines régions Montréal

**2nd Quebec Summit
on Cerebral Vascular Disease**

Friday September 18th, 2009

Time: 7:45 a.m. to 4:30 p.m.

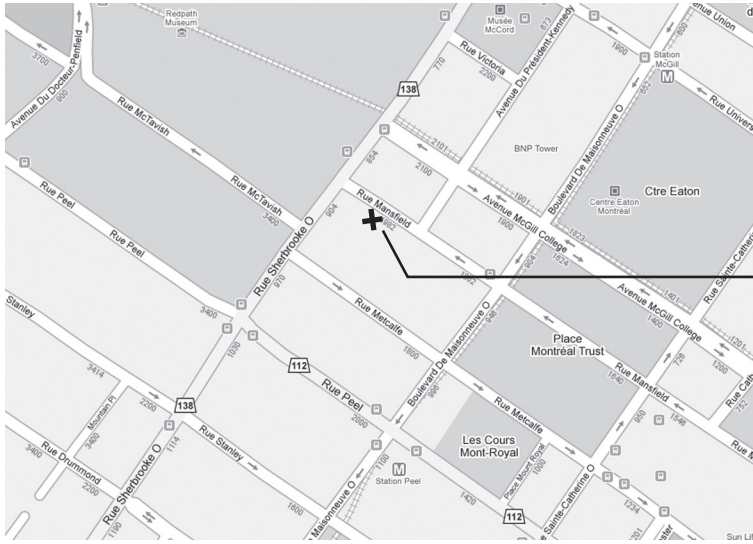
No charge registration

Please send the Registration Form
by fax at : (514) 671-0525* or
by email at **johurtubise@videotron.ca**
*Long distance for some Montreal areas

**Priorité sera accordée à ceux et celles qui œuvrent
dans les secteurs du milieu neurovasculaire.**

**Priority will be apply to those who's
working in the neurovascular field.**

Trajet/Directions



Centre Mont-Royal/Mont-Royal Centre
2 200, rue Mansfield, Montréal, Qc, H3A 3R8

(SVP ÉCRIRE EN LETTRES MOULÉES)
(PLEASE PRINT CLEARLY IN BLOCK LETTERS)

Dr/Dr. Mr/Mr
Ph Mme/Mrs
Autre/Other Mlle/Ms

Nom de famille _____ Prénom _____
Last Name _____ First Name _____

Titre/Spécialité (si résident, précisez votre niveau)
Title/Specialty (**specify your level, if you are a resident**) _____ Niveau/Level **R** _____

Hôpital/Institut/Entreprise
Hospital/Institute/Company _____

Adresse/Address _____
(si résident, adresse au domicile/**if you are a resident, write your personal address**)

Ville/City _____ Province _____ Code postal/Postal Code _____

Tél./Tel. (_____) _____ Téléc./Fax (_____) _____

Courriel/E-mail _____ @ _____
(pour l'envoi de confirmation de présence/**to send you a confirmation of attendance**)

Information : Josée Hurtubise – Tél. (514) 693-1659 ou/ou 1 866 693-1659

Prendre note que la SSVQ se réserve le droit de faire des photos pendant les événements pour promouvoir ceux-ci.

Pour devenir membre de la SSVQ :
To become a member of the QSVS: **www.ssvq.org**

Please note that the pictures taken during the meetings might be used to promote future events.