

# Château Royal de Laval

## 6 AVRIL 2019 | FORMATION

Association québécoise de la gestion parasitaire



aqgp@spg.qc.ca | 514-355-3757 | aqgp.ca

NOM DE LA COMPAGNIE : \_\_\_\_\_

ADRESSE : \_\_\_\_\_

VILLE : \_\_\_\_\_ CODE POSTAL : \_\_\_\_\_

TÉLÉPHONE : (BUREAU) \_\_\_\_\_ FAX : \_\_\_\_\_

COURRIEL : \_\_\_\_\_  
(Obligatoire pour recevoir une confirmation d'inscription)

### NOMS DES PARTICIPANT(E)S

1- \_\_\_\_\_ \$

Allergie(s) alimentaire(s)  Intolérance(s) alimentaire(s)  Plat végétarien Spécifier : \_\_\_\_\_

2- \_\_\_\_\_ \$

Allergie(s) alimentaire(s)  Intolérance(s) alimentaire(s)  Plat végétarien Spécifier : \_\_\_\_\_

3- \_\_\_\_\_ \$

Allergie(s) alimentaire(s)  Intolérance(s) alimentaire(s)  Plat végétarien Spécifier : \_\_\_\_\_

4- \_\_\_\_\_ \$

Allergie(s) alimentaire(s)  Intolérance(s) alimentaire(s)  Plat végétarien Spécifier : \_\_\_\_\_

5- \_\_\_\_\_ \$

Allergie(s) alimentaire(s)  Intolérance(s) alimentaire(s)  Plat végétarien Spécifier : \_\_\_\_\_

**TOTAL:** \_\_\_\_\_ \$

TARIFS	Membre : Inclus : formation, pauses-santé, repas de midi et traduction simultanée	Non-membre : Inclus : formation, pauses-santé, repas de midi et traduction simultanée	Exposant : Inclus : pauses-santé, repas de midi et emplacement
<b>Avant le 27 mars</b>	149,47* \$ / pers.	206,96* \$ / pers.	350,67* \$ / kiosque
<b>Après le 27 mars</b>	178,21* \$ / pers.	235,70* \$ / pers.	

\*Taxes incluses: TPS R119861516 & TVQ 1013179057

#### POLITIQUE D'ANNULATION

Toute annulation d'inscription doit être faite par écrit (courriel et fax : sont acceptés).  
Des frais d'annulation seront exigés dans le cas où l'annulation aurait lieu :

- le **dernier jour ouvrable** ou le **jour même** de la tenue de l'activité : **100 % des frais d'inscription** ;
- **2 à 5 jours ouvrables** avant la tenue de l'activité : **50 % des frais d'inscription** ;
- **absence non signalée** : le participant est tenu d'acquitter la facture.

Les substitutions de participants sont acceptées sans frais. Vous devez aviser le secrétariat avant la tenue de l'activité.

#### PAIEMENT PAR CHÈQUE

Chèque ci-joint

#### PAIEMENT PAR CARTE DE CRÉDIT

VISA  MasterCard

\_\_\_\_\_  
Nom du détenteur

\_\_\_\_\_  
Numéro de la carte de crédit

\_\_\_\_\_  
Date d'expiration

\_\_\_\_\_  
Code de sécurité (3 chiffres)