



CULTIVER L'EXPERTISE  
DIFFUSER LE SAVOIR

## FORMULAIRE D'INSCRIPTION DE GROUPE À UN ÉVÈNEMENT DU CRAAQ

Faites parvenir ce formulaire dûment rempli au CRAAQ  
(les inscriptions par téléphone ne sont pas acceptées) :

CRAAQ - Service à la clientèle  
Édifice Delta 1, 2875, boulevard Laurier, 9<sup>e</sup> étage, Québec (Québec) G1V 2M2  
Télécopieur : 418 644-5944  
Courriel : [client@craaq.qc.ca](mailto:client@craaq.qc.ca)

Nom de l'évènement : \_\_\_\_\_

Date de l'évènement : \_\_\_\_\_

### SECTION A : INSCRIPTION\*

Coût total : \_\_\_\_\_ personnes X \_\_\_\_\_ \$ (tarif individuel) X **1,14975** (TPS & TVQ) = \_\_\_\_\_ \$  
Coût total : \_\_\_\_\_ personnes X \_\_\_\_\_ \$ (tarif individuel) X **1,14975** (TPS & TVQ) = \_\_\_\_\_ \$  
**Total :** \_\_\_\_\_ \$

### SECTION B : LISTE DES PARTICIPANTS\*\*

	Nom	Prénom	Courriel	Cahier : Oui ou non
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				

\* Les personnes inscrites acceptent de fournir leur nom et courriel aux autres participants..

### SECTION C : MODE DE PAIEMENT

Chèque à l'ordre du CRAAQ, daté du jour de l'envoi       À facturer  
 Visa / MasterCard    N° de la carte : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_    Date d'expiration : \_\_\_\_\_ CVV \_\_\_\_\_

Nom du détenteur : \_\_\_\_\_

Signature du détenteur : \_\_\_\_\_

**Personne responsable :** \_\_\_\_\_

**Coordonnées pour la facturation** (si différentes de celles de la personne responsable)

Nom : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_

Organisation: \_\_\_\_\_

Organisation : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Télécopieur : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Télécopieur : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_