

AVIS DE CHANGEMENT OU DE CONFIRMATION D'ADRESSE (étudiants et résidents)

Remplir en caractères d'imprimerie

Le Collège des médecins du Québec doit être informé de tout changement d'adresse par écrit.

L'avis de changement d'adresse peut être retourné par la poste ou par télécopieur :

Direction des études médicales
Collège des médecins du Québec
2170 boul René-Lévesque O
Montréal QC H3H 2T8

Télécopieur : **(514) 933-5167**

IDENTIFICATION

N° D'ÉTUDIANT : E- _____ OU N° DE RÉSIDENT : R- _____

NOM : _____ PRÉNOM : _____

NOUVELLE ADRESSE

APP. : _____ NUMÉRO : _____ RUE : _____

VILLE : _____ PROVINCE/ÉTAT : _____ CODE POSTAL : _____

PAYS : _____

TÉLÉPHONE

TÉLÉCOPIEUR

COURRIEL

(_____) _____ - _____ POSTE _____ (_____) _____ - _____

Changement en vigueur le : _____

ANCIENNE ADRESSE

APP. : _____ NUMÉRO : _____ RUE : _____

VILLE : _____ PROVINCE/ÉTAT : _____ CODE POSTAL : _____

PAYS : _____

TÉLÉPHONE

TÉLÉCOPIEUR

COURRIEL

(_____) _____ - _____ POSTE _____ (_____) _____ - _____