**Présences pour la visioconférence du 20 mars 2019: La transplantation de cellules souches lors de chirurgie cardiaque**

| |
|---|
| **Le nom de votre Centre Hospitalier:** À remplir obligatoirement |

| |
|---|
| **Le nom de la personne responsable:** À remplir obligatoirement |

| Numéro de membre | Titre d'emploi (Inf, Inf.Aux, Inhalo | Prénom et nom | Adresse courriel | Signature |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Les informations doivent être inscrites lisiblement. Vous êtes responsable de vérifier que votre numéro de membres et vos données soient exactes afin d'obtenir votre accréditation. Les cases incomplètes, illisibles ou contenant des informations erronées ne seront pas retenues

La feuille de présence doit être envoyée dans un délai de 48h suivant la visioconférence à l'adresse courriel **education@ciisoq.ca**