Collège québécois des médecins de famille

Quebec College of Family Physicians

Attestation de participation à une activité de développement professionnel continu (DPC)

(À joindre à votre formulaire de demande de remboursement de la RAMQ ou à conserver pour vos dossiers)

Nom du médecin (participant) : _____
(écrire en lettres moulées)

Signature du participant : _____ N^{o} du permis : _____

Titre de l'activité : _____

Établissement ou organisme : _____

Nom du ou des conférenciers : _____

Date de l'activité : _____
Début de l'activité année/mois/jour Fin de l'activité année/mois/jour

Durée de l'activité : _____ # heure(s)

Organisé en collaboration avec : Association médicale ☐ Université ☐ Industrie pharmaceutique ☐

Autre ☐ Spécifiez : _____

Crédits : Mainpro-M1 ☐/ Catégorie 1 ☐ Mainpro-C ☐

Responsable de l'activité de DPC : _____

Signature du responsable de l'activité : _____