



FORMULAIRE D'ADHÉSION

Laboratoire médical
Mont-Royal Inc.

500-50 rue de Lauzon,
Boucherville, Québec, J4B 1E6
Tel : 514 878-3775
administration@lmmr.ca

Réservé à l'administration

Date ____ / ____ / ____

N° de membre : _____

Inscrire le mois du début d'adhésion:

Coordonnées

Entreprise :

Nom(s) :

Adresse :

Ville :

Province :

Code postal :

Téléphone :

Courriel :

Si test au laboratoire médical du Mont-Royal Inc. :

Nom à inscrire sur le certificat :

Certificat :

☐ Français ☐ Anglais

Indiquez pour chaque stérilisateur les informations suivantes :

Type :	N° :	Modèle :	N° de série :
Type :	N° :	Modèle :	N° de série :
Type :	N° :	Modèle :	N° de série :
Type :	N° :	Modèle :	N° de série :
Type :	N° :	Modèle :	N° de série :
Type :	N° :	Modèle :	N° de série :

Méthode de paiement :

Chèque à l'ordre de :

Laboratoire médical du Mont-Royal Inc.
500-50 rue de Lauzon,
Boucherville, Québec, J4B 1E6

Virement Interac :

labo.mont-royal@outlook.com

Mot de passe: labomr