

Advanced Trauma Life Support (ATLS®) Registration Form

Course Date – April 21-23, 2017

Name:	
Credentials / Specialty:	
Are you a resident? Yes No	Where? SJRH Other

(IF YOU ARE A RESIDENT IN A PROGRAM THAT PAYS TWO-THIRDS OF YOUR ATLS FEE, PLEASE, BE AWARE THAT PAYMENT IN FULL IS REQUIRED FROM YOU. A RECEIPT WILL BE ISSUED FOR YOU TO TAKE TO YOUR DEPARTMENT FOR REIMBURSEMENT).

PLEASE PRINT CLEARLY

Please provide your **complete mailing address** including postal code.
Street address only - we may send your manual by courier and they will not deliver to a PO Box.

Name:	
Address:	
City/Province:	Postal Code:
Phone: (H)	(W)
<small>(confirmation & course info will be sent via e-mail)</small>	
Email:	
Last 4 digits only of your Social Insurance Number: <small>(This information is optional but will help register you in the American College of Surgeons data base.) (A card and letter are issued upon successful completion of ATLS. You will be responsible for applying for CFPC or RCPSC credits)</small>	<input type="text"/>

***** IMPORTANT *****

Tuition must be paid in full in order to secure a spot in the course.
Course materials (9th edition manual) will not be given before payment is received.
Refund, less \$200 administration fee, will be given up to six weeks prior to start of course.

Full tuition \$950.00 Audit \$250.00 (non-physicians only)

<p align="center">Refresher \$550.00 (within 4 years)</p> <p align="center">The one-day Refresher course is on the Sunday only and starts at 8:00am.</p> <p align="center"><small>Please provide date and location of your last course (must be within 4 years or full course is required).</small></p> <p>Date: _____ Location: _____</p> <p align="center">ATLS ID#: _____</p>
--

<p>To pay by cheque or money order, please make payable to Saint John ATLS Foundation and mail payment and completed form to:</p> <p align="center">Emily Gallant NB Trauma Program, 5DS 400 University Avenue Saint John, NB E2L 4L2</p> <p>To pay by credit card, please e-mail Emily.Gallant@HorizonNB.ca for an invoice.</p>



Soins avancés de réanimation des polytraumatisés (ATLS®) Formulaire d'inscription
Date du cours – 21-23 avril, 2017

Nom:	
Qualifications / Spécialité:	
Êtes vous résident? oui non	Où? SJRH autre

(SI VOUS ÊTES RÉSIDENT DANS UN PROGRAMME QUI PAIE DEUX TIERS DE VOS FRAIS D'ATLS, SOYEZ CONSCIENT QUE LE PLEIN MONTANT DU COURS EST REQUIS DE VOUS. UN REÇU VOUS SERA REMIS POUR QUE VOUS PUISSIEZ ALLER A VOTRE DÉPARTEMENT ET RECEVOIR VOTRE REMBOURSEMENT).

S'IL VOUS PLAÎT ÉCRIVEZ CLAIREMENT

S'il vous plaît indiquez votre **adresse postale complete** incluant votre **code postal**.
Adresse de rue seulement – On envoie peut-être votre manuel par courrier et ils ne livrent pas à une boîte postale.

Nom:	
Adresse:	
Ville/Province:	Code postal:
Téléphone: (H)	(W)
<small>(confirmation & information du cours sera envoyé par courriel)</small>	
Courriel:	
Les 4 derniers chiffres de votre numéro d'assurance social : <small>(Cette information est facultative mais aidera à vous enregistrer dans la base de donnée de l'université américaine de chirurgiens) (La carte et la lettre seront publiées sur l'accomplissement réussi d'ATLS. Vous serez responsable de la demande concernant des crédits de CFPC ou de RCPC)</small>	<input type="text"/>

******* IMPORTANT *******

Vos frais doivent être payés en totalité afin de garantir une place dans le cours.
Les supports du cours (manuel 9e édition) ne sera pas donné avant que le payment soit reçu.

Remboursement moins les frais d'administration de \$200 seront remis jusqu'à six semaines avant le début du cours.

Frais total 950.00\$ Vérificateur 250.00\$ (non-médecins seulement)

Rafraîchissement 550.00\$ (dans les derniers 4 ans)
Le cours d'une journée de perfectionnement est sur le dimanche seulement et commence à 08:00h. S'il vous plaît préciser la date et endroit du dernier cours (doit être dans les derniers 4 ans où le plein cours est requis).
Date: _____ endroit: _____
numéro d'indentification d'ATLS : _____

<p>Pour payer par chèque ou mandat-poste, s'il vous plaît veuillez le libeller au nom du <u>Saint John ATLS Foundation</u> et postez votre paiement en plus de votre formulaire rempli à:</p> <p>Emily Gallant NB Trauma Program, 5DS 400 University Avenue Saint John, NB E2L 4L2</p>

<p>Pour payer par carte de crédit, veuillez envoyer un courriel à Emily.Gallant@HorizonNB.ca pour une facture.</p>
