



Programme de Maintien du certificat Section 3 — Agrément

Nom du PAE : _____

(maximum de 100 caractères, y compris les dates du début et de la fin)

Si l'activité est bilingue, indiquez le titre anglais ci-dessous :

(maximum de 100 caractères, y compris les dates du début et de la fin)

Date du début (jj/mm/aaaa) : _____

Date d'expiration (maximum de trois ans après la date du début)
(jj/mm/aaaa): _____

Nom du prestataire agréé de DPC : _____

Concepteur du programme (si différent du prestataire) :

Public cible/spécialité : _____

Hyperlien au programme : _____

Nombre maximal d'heures à compléter :

Programme _____

Section/module _____

Chapitre _____

Courriel et nom de la personne-ressource pour l'inscription ou
des renseignements supplémentaires : _____

Signature de l'évaluateur : _____

Date d'approbation (jj/mm/aaaa) : _____

**Collège royal des
médecins et
chirurgiens du Canada**

**Bureau des affaires
professionnelles
774, promenade Echo
Ottawa (Ontario)
K1S 5N8**

**Tél. : 1-800-461-9598
ou 613-730-6243**

Télé. : 613-730-2410

collegeroyal.ca