



FORMULAIRE D'INSCRIPTION AU CIMA-Q POUR CHERCHEURS ET CLINICIENS

NOM :

PRÉNOM :

TITRE(S) :

ÉTABLISSEMENT
D'ENSEIGNEMENT AFFILIÉ :

ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ
AFFILIÉ :

- THÈMES D'INTÉRÊTS : Marqueurs biologiques / cibles thérapeutique
 Neuroimagerie
 Cognition
 Protection et facteurs de risques

INTÉRÊTS DE RECHERCHE : Décrivez vos activités de recherche en quelques mots

Signature : _____ Date : _____

*Veuillez retourner ce formulaire accompagné de votre curriculum vitae à l'adresse suivante :
cimaq@criugm.qc.ca