



Formulaire d'inscription *Registration Form*

CLINIQUE DES YEUX / EYE CLINIC

Toutes races/open all breeds
OFA E.C.R certificats/Certificates

Organisé par/ <i>Held by</i>	Centre vétérinaire DMV
Date / <i>Date</i>	Samedi 8 novembre 2014 <i>Saturday 8th of November 2014</i>
Avec/ <i>With</i>	Dr Franck Ollivier, DMV, Ph.D, Dipl. ACVO et ECVO Ophtalmologue/ <i>Ophthalmologist</i>
Durant le/ <i>During</i>	Le salon du Club canin united inc. <i>The United kennel club, inc. Dog Show</i>
Où/ <i>Where</i>	Salle d'Exposition/ <i>Exhibition Hall</i> Place Bonaventure 800, de la Gauchetière Ouest Montréal (Québec) H1V 3N7



Coût/*Cost*

Préinscription : 35 \$/chien (par carte de crédit)
Preregistered: 35\$/dog (by credit card)

Sur place : 45\$/chien (comptant ou carte de crédit)
On site: 45\$/dog (cash or credit card)

35\$ par chien supplémentaire/*per additional dog*

Païement/*Payment*

Le paiement doit accompagner l'inscription/*Payment must accompany your registration.*

Postez à/*Mail to*

Dr Franck Ollivier

Centre vétérinaire DMV
2300, 54^e Avenue, Montréal (Québec) H8T 3R2

Tél : 514 633-8888 Fax : 514 633-0525

Courriel : follivier@centredmv.com

Merci de joindre une copie du certificat CKC pour vérification de l'information.
Please attach copy of CKC Registration to ensure accuracy.

1 800 463-8555
www.centredmv.com

Centre DMV, Montréal
DMV-Nord, Blainville
DMV-Sud, St-Hubert

Inscription/Registration

Faire autant de copies que nécessaire./Please make as many copies as you need.
Merci d'écrire lisiblement./Please print clearly.

Information du propriétaire/Owner's information

Nom de famille/Last name: _____

Prénom/First name: _____

Adresse/Address: _____

Ville/City: _____ Prov: _____ Code Postal/Postal code: _____

Téléphone/Phone: _____ Courriel/Email: _____

Rendez-vous désiré/Desired appointment: Matin/Morning Après-midi/Afternoon

Information du chien/dog's information

Nom/Name: _____

Nom enregistré/Registered name: _____

Numéro CKC/CKC Reg. number: _____ Tattoo/Microchip#: _____

Date de naissance/DOB: _____ (ex: 25-Jan-2011)

Sexe/Sex: Mâle/Male Femelle/Female

Race/Breed: _____

Couleur-Coat/Color-Type: _____

Information de la carte de crédit/Credit card information:

  

Numéro de la carte/Card Number: | _____ | | _____ | | _____ | | _____ |

Expiration: ____ / ____

Montant autorisé/Authorised amount: _____ \$

Titulaire de la carte de crédit/Cardholder: _____

Signature: _____ Courriel/Email: _____

.....
Section réservée à l'administration/Section for administration

Date de réception: _____

Date de facturation: _____

1 800 463-8555
www.centredmv.com

Centre DMV, Montréal
DMV-Nord, Blainville
DMV-Sud, St-Hubert