



OFA - certification yeux REGISTRATION EYE CLINIC REGISTRATION

Franck Ollivier DVM ACVO

CANINE ADVANTAGE RESOURCES & EDUCATION 2017

samedi octobre 14 – Saturday, October 14th (if it fills, we will add Sunday)
950 Elodie- Boucher, Laval, QC

OFA - certification yeux par Dr Franck Ollivier ACVO VCM, ophtalmologiste **35\$ / chien; 2 & plus chiens même proprio \$31** chacun. Obligatoire: **APPORTEZ** le certificat d'enregistrement de chaque chie. Obligatoire: **APPORTEZ** le certificat d'enregistrement de chaque chien. Une heure de rendez-vous vous sera assignée. Chèque à l'avance ou e-transfer (**non remboursable**). Votre paiement confirmera votre inscription. Svp, compléter ce formulaire d'inscription et nous le faire parvenir au plus tard le 1 octobre 2017 avec votre paiement. **ESPACES LIMITES. Premier arrivé premier servi. Please indicate a preferred time for your appointment, we will try to accommodate you.**

Eye exam & OFFA Certification with Dr Ollivier ACVO VCM. **One dog 35\$; 2 and more same owner, \$31 each. Please bring your registration certificate for each dog.** If you give us a copy of your dogs registration, we can pre-fill in the OFFA paperwork for you. The info can be typed in below, or emailed to info@careconf.org. You will be advised of your appointment time via email. Note that e-transfers & checks will hold spots in the order in which they are received. Please return this registration form by October 1 2017. Your payment confirms your appointment, and is **not refundable. LIMITED SPACES. First come, first serve.**

Nom/ Name: _____

Nom de chenil/Kennel Name: _____

Courriel/Email: _____ Telephone _____ Text y/n _____

Nom / dog name	Race/ breed	No d'enregistrement / CKC or UKC or AKC	Tatouage/micropuce Tattoo/Microchip	Date naissance / DOB

Sub-total : _____ x _____ number of dogs = _____ GRAND TOTAL

Par e-transfer @ info@careconf.org Par Chèque: Veuillez le libeller à l'ordre Franck Ollivier et l'envoyer avec votre formulaire complété à; Mail checks written to Franck Ollivier addressed to: **c/o Eye Clinic, 175 Tower Street, Beaconsfield, Quebec, Canada H9W 5T3**

Je comprends que je dois payer la totalité des frais à l'avance et qu'il n'y aura pas de remboursement (complet ou partiel) dans le cas où je n'arrive pas à la clinique cardiaque avec mon chien. 1) Les chèques sans provision seront facturés 25 \$ de plus. 2) J'accepte d'assumer tous les risques de blessures corporelles, de perte de propriété ou de dommages causés par quelque cause que ce soit lors de l'assistance à cette clinique. Je renonce à toutes les réclamations contre les présentateurs de la Conférence CARE, le Dr Carioto, L.K. Glickman et tous les bénévoles en mon nom propre et au nom de toute autre personne assistant avec mon chien.

I understand that I am to pay the full fee in advance and there will be no refunds (full or partial) in the case that I fail to attend the eye clinic with my dog (s). 1) NSF cheques will be an additional \$25.00 charge. 2) I agree to assume all risks of personal injury, property loss or damage from any cause whatsoever which may arise while attending this clinic. I waive all claims against the CARE Conference Presenters, Dr Ollivier, L.K. Glickman and all volunteers on my own behalf and on behalf of anyone else attending with my dog.

Date: _____ Signature: _____

CARE CONFERENCE EYE CLINIC/ CLINIQUE CERTIFICATION OFFA DES YEUX