



DR. SHAWN POITRAS
& ASSOCIATES / ASSOCIÉS

Name

- Dr Mr Mrs
 Ms Miss

First: _____ Last: _____

Date of Birth

M / D / Y _____ Age _____

Address _____ City _____ Postal _____

Home Phone _____ Cell Phone _____

Email _____

How did you hear about our office? Please select:

- Family / Friend (name): _____
 Optical Store (name): _____
 www.DrPoitras.com Outdoor Signs Yellow Pages
 Web Search Other: _____

Nom

- Dr M.
 Mme Mlle

prénom: _____ nom de famille: _____

Date de naissance

M / J / A _____ Âge _____

Adresse _____ Ville _____ Code postal _____

Téléphone - Maison _____ Cellulaire _____

Courriel _____

De quelle façon avez-vous été référé à notre bureau?

- Amis / Famille (nom): _____
 Lunetterie (nom): _____
 www.DrPoitras.com Internet Pages Jaunes
 Enseignes extérieur Journal Autre: _____