



4321 Autoroute des Laurentides, Laval, Qc, H7L 5W5  
 Tel: 1-800-844-6790, Fax: 905-542-1318,  
[info@cwbgroupp.org](mailto:info@cwbgroupp.org)

# SUPERVISEUR À L'ALUMINIUM

## 2010-2011

Programme de 3 jours pour assister les superviseurs en soudage, ingénieurs et inspecteurs à acquérir les connaissances et mettre en œuvre les exigences des normes CSA W47.2 & CSA W59.2.

### CSA W 59.2

Révision de la norme CSA W59.2  
 Inclus les examens du CWB

### CSA W 47.2

Révision de la norme CSA W47.2  
 Inclus les examens du CWB

### Symboles, défauts et inspection

Symboles de soudage  
 Défauts de soudage - Aluminium  
 QC et ses méthodes d'inspection - Aluminium  
 Inclus les examens du CWB

<i>Choisir une Session</i>	<i>Symboles-défauts -Qc</i>	<i>CSA W59.2</i>	<i>CSA W 47.2</i>	<i>Lieux</i>
0	25 janvier	26 janvier	27 janvier	Laval
0	22 février	23 février	24 février	Québec

#### Lieux des séminaires

Laval; Bureau Canadien de Soudage  
 Québec, Hôtel Québec Inn...

### OPTIONS DE PRIX

- 0 \$677.85 (taxes Incluses) – normes CSA non inclus
- 0 \$1116.46 (taxes Incluses) – Le coût inclus les normes CSA & guides d'études.

*Une préinscription et paiement sont requis avant le début du cours. Le Centre de Formation CWB se donne le droit de annuler le programme 10 jours ouvrables avant la date de celle-ci. Aucun remboursement ne sera effectué si aucun avis écrit n'est envoyé 5 jours ouvrables avant le début du programme. Aucun remboursement ne sera fait après cette date.*

Note: Contactez nous au 1-800-844-6790, poste 444 pour plus de détails.

Svp compléter et faxer le formulaire d'inscription au 905-542-1318 ou par courriel à: [learning@cwbgroupp.org](mailto:learning@cwbgroupp.org).  
 Veuillez émettre votre chèque à l'ordre du Centre de Formation CWB . Place limités.

Nom de la compagnie: \_\_\_\_\_

Code de la compagnie: \_\_\_\_\_

Nom: \_\_\_\_\_ Type d'examen: 0 Superviseur 0 Ingénieur 0 Aucun

Adresse: \_\_\_\_\_

Ville: \_\_\_\_\_ Code Postal: \_\_\_\_\_

Téléphone: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

Courriel: \_\_\_\_\_

Méthode de paiement: PO#: (CWB clients seulement) \_\_\_\_\_ Cheque # \_\_\_\_\_

0 VISA VISA ou MasterCard# \_\_\_\_\_ Date exp: \_\_\_\_\_

0 MasterCard Titulaire: \_\_\_\_\_ Signature: \_\_\_\_\_

Bureau seulement, Autorisation #: \_\_\_\_\_ Demande de facturation : \_\_\_\_\_