



**APPLICATION FOR ASSOCIATE MEMBERSHIP
DEMANDE D'ADHÉSION - MEMBRE ASSOCIÉ**

NAME OF APPLICANT / NOM DU REQUÉRANT:			_____
DATE OF BIRTH / DATE DE NAISSANCE:			_____ / _____ / _____
	DAY/JOUR	MONTH/MOIS	YEAR/ANNÉE
UNIVERSITY / UNIVERSITÉ:			_____
PROGRAM/PROGRAMME:			_____
YEAR OF ANTICIPATED COMPLETION OF TRAINING / ANNÉE PRÉVUE D'ACHÈVEMENT DE LA FORMATION:			_____
MAILING ADDRESS / ADRESSE POSTALE:			_____ _____ _____
TELEPHONE / TÉLÉPHONE:		FAX / TÉLÉCOPIEUR:	
_____		_____	
E-MAIL / COURRIEL: _____			
SPECIAL AREAS OF INTEREST / DOMAINES D'INTÉRÊT PARTICULIERS:			_____ _____ _____
SIGNATURE OF APPLICANT / SIGNATURE DU REQUÉRANT:			_____ _____
			DATE

ANNUAL MEMBERSHIP DUES/COTISATION ANNUELLE: \$46.50 + \$3.50 GST/TPS = \$50.00

METHOD OF PAYMENT/ Cheque/Chèque: _____ **VISA** _____
METHODE DE PAIEMENT: **MASTER CARD** _____

Card Holder/Détenteur de la carte: _____
Credit Card No./N° de carte de crédit: _____
Expiration Date/Date d'échéance: _____

RETURN TO / ENVOYER À: CSCI / SCRC SECRETARIAT
774 PROMENADE ECHO DRIVE
OTTAWA, ON K1S 5N8
TEL / TÉL.: (613) 730-6240
FAX / TÉLÉC: (613) 730-1116

Website/Site web: csci-scrc.medical.org E-mail / courriel: csci@rcpsc.edu

I wish to receive correspondence in English Je désire recevoir la correspondance en français