CSCI • SCRC

THE CANADIAN SOCIETY FOR CLINICAL INVESTIGATION
LA SOCIÉTÉ CANADIENNE DE RECHERCHES CLINIQUES

APPLICATION FOR GENERAL MEMBERSHIP
DEMANDE D'ADHÉSION GÉNÉRALE

NAME OF APPLICANT/
NOM DU REQUÉRANT: _____

DATE OF BIRTH / DATE DE NAISSANCE: _____ / _____ / _____
DAY/JOUR MONTH/MOIS YEAR/ANNÉE

POSITION / POSTE: _____

MAILING ADDRESS / ADRESSE POSTALE: _____

_____

_____

TELEPHONE / TÉLÉPHONE: _____ FAX / TÉLÉCOPIEUR: _____

E-MAIL / COURRIEL: _____

MD / MD _____ _____
YEAR OF/ANNÉE DE GRADUATION

ALLIED HEALTH PROFESSIONAL
DEGREE / DIPLÔME - PROFESSIONEL
DE LA SANTÉ _____ _____
YEAR OF/ANNÉE DE GRADUATION NAME OF UNIVERSITY/NOM DE L'UNIVERSITÉ

PhD / PhD _____ _____
YEAR OF/ANNÉE DE GRADUATION NAME OF UNIVERSITY/NOM DE L'UNIVERSITÉ

MSc / MSc _____ _____
YEAR OF/ANNÉE DE GRADUATION NAME OF UNIVERSITY/NOM DE L'UNIVERSITÉ

SPECIAL AREAS OF RESEARCH/INTEREST/
DOMAINES DE RECHERCHE/D'INTÉRÊT PARTICULIER: _____

_____

SIGNATURE OF APPLICANT/
SIGNATURE DU DEMANDEUR: _____

_____

DATE

ANNUAL MEMBERSHIP DUES/COTISATION ANNUELLE: $150 + $10.50 GST/TPS = $160.50

METHOD OF PAYMENT/
MÉTHODE DE PAIEMENT: Cheque/Chèque: _____ VISA _____
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

GST/TPS #R105201412