

DEMANDE D'ADHÉSION / RENOUELEMENT 2019 APPLICATION FOR MEMBERSHIP / RENEWAL

Nom / Name _____
 Nom / Last _____ Prénom / First _____ Init. / Middle _____

Adresse bureau / Office address _____
 Rue / Street _____ Suite _____

_____ Ville / City _____ Province / State _____ Code postal code / Zip _____

☎ Bureau / Office () _____ Fax () _____ Cell () _____

✉ Email _____
(requis pour accéder à la section Accès aux membres du site web de la SCP / required for access to Member Login on the CSP website)

🌐 Site web / Website _____
(OPTIONNEL avec frais : l'hyperlien de ce site peut être ajouté sur le site web de la SCP / OPTIONAL with fees : the hyperlink of this site could be added on the CSP website)

Catégorie de membre / Member category
 Médecin / Physician Professionnel de la santé affilié / Allied Health Professional
 Infirmière / Nurse Étudiant / Student

Diplômes médicaux / Medical Degrees _____ Numéro licence / License Number _____

Spécialité / Specialty _____

Nombre d'années d'expérience en phlébologie / Number of years of experience in phlebology _____ an(s) / year(s)

Type de pratique phlébologique / Type of practice in phlebology _____
Chirurgie / Surgery; Laboratoire / Non invasive test; Sclérothérapie / Sclerotherapy; Tests invasifs / Invasive testing

INFORMATIONS SUR LE PAIEMENT / PAYMENT INFORMATION

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Frais annuels d'adhésion ou de renouvellement / Annual fees for membership or renewal | 385.00 \$ |
| <input type="checkbox"/> Frais annuels d'adhésion ou de renouvellement pour infirmière, professionnel affilié et étudiant* / Annual fees for membership or renewal for nurse, allied professional and student*
<i>* Une preuve peut être exigée / Proof may be required</i> | 285.00 \$ |
| <input type="checkbox"/> Frais annuels de publicité pour l'hyperlien du site web du membre sur le site de la SCP (optionnel) / Annual fees for the publicity of the hyperlink of the member's website on the CSP site (optional) | 150.00 \$ |
| <input type="checkbox"/> Contribution pour le développement de la Société canadienne de phlébologie / Contribution for the development of the Canadian Society of Phlebology | <input type="checkbox"/> 250.00 \$
<input type="checkbox"/> 500.00 \$
<input type="checkbox"/> 1,000.00 \$
<input type="checkbox"/> _____ \$ |
| Autre contribution / Other contribution | <input type="checkbox"/> _____ \$ |

Montant total (dû le 1^{er} janvier) / Total amount (due on January 1st) \$
(un reçu sera émis pour fins d'impôts / a receipt will be issued for income tax purposes)

Faire le chèque payable à la **Société canadienne de phlébologie** et l'envoyer avec le formulaire à :
 Make the cheque payable to the **Canadian Society of Phlebology** and send with the form to the following address:

90 Lansdowne, St-Bruno-de-Montarville, QC, Canada J3V 0B3

Tel / Fax: 514-990-8346

Email : phlebology-phlebologie@outlook.com

www.canadiansocietyofphlebology.org