



## Application for General Membership/Demande d'Adhésion Générale

Name/Nom: \_\_\_\_\_

Mailing Address/adresse postale: \_\_\_\_\_

City/ville: \_\_\_\_\_ Province: \_\_\_\_\_ Country/Pays: \_\_\_\_\_

Postal Code/code postale: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_ Fax/télécopier: \_\_\_\_\_

Date of birth / date de naissance: \_\_\_\_\_

### Medical Degree/Degré Médical

\_\_\_\_\_  
Year/année de graduation

\_\_\_\_\_  
Institution

### Allied Health Professional Degree/Diplôme – Professionel de la Santé

\_\_\_\_\_  
Year/année de graduation

\_\_\_\_\_  
Institution

### PhD

\_\_\_\_\_  
Year/année de graduation

\_\_\_\_\_  
Institution

### MSc

\_\_\_\_\_  
Year/année de graduation

\_\_\_\_\_  
Institution

### Special areas of research interest / Domaines de recherches d'intérêt

\_\_\_\_\_  
**Annual Membership Dues / Cotisation Annuelle: \$200.00 plus tax =** \_\_\_\_\_  
(add 5% GST AB, MB, QC, PEI, SK) (12% HST BC) (13% HST NB, NL, ON) (15% NS)

Method of payment/Méthode de paiement:     cheque     Visa     Mastercard

Account #/no. de compte: \_\_\_\_\_ date Exp. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Signature**

\_\_\_\_\_  
**Date**

**Return to/Envoyer à:** CSCI/SCRC  
114 Cheyenne Way  
Ottawa, ON K2J 0E9  
T. 1-877-968-9449 F. 613.491.0073  
[info@csci-scrc.ca](mailto:info@csci-scrc.ca)  
<http://csci-scrc.ca>