



# Canadian Society of Transplantation Société canadienne de transplantation

774 promenade Echo Drive, Ottawa, ON K1S 5N8  
TEL / Tél.: 613-730-6274 FAX / Téléc. : 613-730-1116  
[www.cst-transplant.ca](http://www.cst-transplant.ca) Email / Courriel : [cst@rcpsc.edu](mailto:cst@rcpsc.edu)

## Application for Associate Membership / Demande d'adhésion – Membre associé

Name / Nom \_\_\_\_\_  Dr.  Mr.  Ms  
Surname / nom de famille First Name / prénom

Address / Adresse \_\_\_\_\_

City / Ville \_\_\_\_\_ Province \_\_\_\_\_ P.C./C.P . \_\_\_\_\_

Telephone / Téléphone \_\_\_\_\_ Fax / \_\_\_\_\_ Télécopieur \_\_\_\_\_

Email / Courriel \_\_\_\_\_

Institution / Organisation \_\_\_\_\_

Date of Birth /  
Date de naissance

Communication in /  
Communiquez-en  English  Français

**SPECIALTY:**

- Pediatric /  Adults  
 HLA  Heart  Kidney  Liver  Pancreas  Lung

**YOUR DISCIPLINE / VOTRE PROFESSION**

- Transplant Coordinator / Coordonateur de transplantation
- Registered Nurse / Infirmière
- Physiotherapist / Physiothérapeute
- Pharmacist / Pharmacien(ne)
- Dietitian / Diététicien(ne)
- Social Worker / Travailleur(euse) sociale
- Perfusionist /
- Manager – Administrator / Superviseur - Administrateur
- Clinical Educator / Professeur clinique
- Psychiatry – Psychology Nurse / Psychologie – Psychologie infirmière
- Research / Recherche

- Occupational Therapist /
- Technologist / Technologue
- Organ Procurement & Preservation /
- Psychologist / Psychologue
- Laboratory technician (Clinical Lab / technicien en Laboratoire (clinique)
- Laboratory technician (Research Lab / technicien en Laboratoire (recherche)
- Other / Autre

(please specify below) / (SVP spécifiez)

**Membership Application**

I undersigned, desire to become a Member of the Canadian Society of Transplantation.  
As a member, I agree to abide by the Constitution and By-laws of the Society and to contribute to the best of my ability to the advancement of its interests and objectives.

**Demande d'adhésion**

Je, soussigné(e), demande d'être admis(e) au titre de membre de la Société canadienne de transplantation.  
Je, soussigné(e), m'engage par la présente, à observer la Constitution et les Règlements de la Société et de faire tout en mon pouvoir pour favoriser ses intérêts et objectifs.

**Signature :**

**Method of payment: Registration fee: \***  **Associate Member / Membre associé (\$25.00)**

VISA  Master Card (for one time use only) / (Pour usage unique seulement)

(Please note that CST cannot accept American Express / SVP noter que nous ne pouvons accepter 'American Express')

Credit card number: \*

I've enclosed a cheque payable to *The Canadian Society of Transplantation* / Ci-joint un chèque à l'ordre de *La Société canadienne de transplantation*

Expiry date: \*  /  (mm/yy)

**TOTAL \$**

**Please fax application form to: / SVP nous faire parvenir par télécopieur:  
Canadian Society of Transplantation / Société canadienne de transplantation  
613-730-1116**