



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 Email / Courriel : 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 _____

Date of Birth / Date de naissance Communication in / Communiquez-en English Français

SPECIALTY: Pediatric / Adults
 HLA Heart Kidney Liver Pancreas Lung Pharmacists

YOUR DISCIPLINE / VOTRE PROFESSION

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Transplant Coordinator / Coordonateur de transplantation | <input type="checkbox"/> Occupational Therapist / |
| <input type="checkbox"/> Registered Nurse / Infirmière | <input type="checkbox"/> Technologist / Technologue |
| <input type="checkbox"/> Physiotherapist / Physiothérapeute | <input type="checkbox"/> Organ Procurement & Preservation / |
| <input type="checkbox"/> Pharmacist / Pharmacien(ne) | <input type="checkbox"/> Psychologist / Psychologiste |
| <input type="checkbox"/> Dietitian / Diététicien(ne) | <input type="checkbox"/> Laboratory technician (Clinical Lab / technician en Laboratoire (clinic) |
| <input type="checkbox"/> Social Worker / Travailleur(euse) Sociale | <input type="checkbox"/> Laboratory technician (Research Lab / technician en Laboratoire (recherche) |
| <input type="checkbox"/> Perfusionist / | <input type="checkbox"/> Other / Autre |
| <input type="checkbox"/> Manager – Administrator / Superviseur - Administrateur | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Clinical Educator / Professeur clinique | (please specify below) / (SVP spécifiez) |
| <input type="checkbox"/> Psychiatry – Psychology Nurse / Psychologie – Psychologie infirmière | |
| <input type="checkbox"/> Research / Recherche | |

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.

Signature : _____

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.

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

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

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