



# 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 CST & TTS Associate Membership/Demande d'adhésion – Membre associé SCT & TTS

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

**SPECIALTY:**  Pediatric  Adults -  HLA  Heart  Kidney  Liver  Pancreas  Lung

### YOUR DISCIPLINE / VOTRE PROFESSION

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

### 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:

**CST Associate Member / Membre associé SCT (\$25.00) & TTS (\$25.00) - TOTAL \$50.00 (CST & TTS)**

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')

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

Credit card number: \*

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**