CANADIAN SOCIETY OF ALLERGY AND CLINICAL IMMUNOLOGY
SOCIÉTÉ CANADIENNE D'ALLERGIE ET D'IMMUNOLOGIE CLINIQUE

Membership Application / Demande d'affiliation

SECRETARIAT/SECRÉTARIAT
774 promenade Echo Drive
Ottawa Canada K1S 5N8
Tel/Tél: 613-730-6272
Fax/Télécopieur: 613-730-1116
E-mail/courriel: csaci@rcpsc.edu
Website: http://csaci.ca

Last name / Nom de famille | First name / Prénom | M / F | Birth date ***DAY / MONTH / YEAR*** / Date de naissance ***JOUR/MOIS/ANNÉE***

Language: English/Anglais ☐ Langue: Français/French ☐

Office address / Adresse d'affaires

Office address / Adresse d'affaires Postal CODE postal

Telephone / Téléphone | Fax / Télécopieur | E-mail / courriel

Medical school, degree, dates / Diplômes en médecine, université, et dates

Specialist certification and dates / Certificat de spécialiste et dates

Internship and date / Internat et date
(If applicable) (s'il y a lieu)

Postgraduate training and dates
Études supérieurs

Specialty training in Allergy and Clinical Immunology and dates
Formation de spécialiste en allergie et immunologie clinique et dates

Previous and present appointments and/or practice
Poste actuel et antérieurs (affiliation universitaire, genre de pratique)

How much of your work is devoted to: % % %

Nombre d'heures de travail consacrées à:	Allergy Allergie	Clinical Immunology Immunologie clinique	Other (specify) Autre (spécifiez)

Publications (Give full titles and authors, attach separate sheet if necessary)
Publications (Donnez les titres et les noms des auteurs en entier en pièce jointe, si requise)

Membership in scientific societies
Affiliation à d'autres sociétés scientifiques

Names and addresses of two sponsors, one of whom is a Fellow of the Society, to sponsor your application. (*It is the responsibility of the applicant to arrange for the letters of recommendation from the sponsors to be forwarded directly to the CSACI Secretariat).
Nom et adresse de deux personnes, une doit être fellow de la Société, qui agiront en qualité de parrain de votre demande. (*Chaque candidat doit s'assurer lui-même que ses parrains expédient chacun une lettre d'attestation au Secrétariat de la Société).

ANNUAL MEMBERSHIP DUES FOR FELLOWS AND MEMBERS - $150.00
FRAIS ANNUELS POUR FELLOWS OU MEMBRES - 150 $
Please make your cheque payable to the Canadian Society of Allergy and Clinical Immunology
Veuillez libeller votre chèque payable à l'ordre de la Société canadienne d'allergie et d'immunologie clinique
Note: There are no fees for Associate Fellows / Il n'y a aucun frais pour les fellows associé(e)s

***VISA #**_____**Exp:**_____**Master Card #**_____**Exp:**_____

Signature

Date

FOR OFFICE USE ONLY / A L'USAGE DU BUREAU
Admitted as / Accepté au niveau de
Not approved (reason) / Non approuvé (raison)

Some of the information provided above will be published in the CSACI Membership Directory. Please contact the CSACI office if you do not want this information disclosed. The remaining personal information collected is considered confidential and is managed according to the CSA Model Code Guidelines for the release of personal information.

Certaines des informations fournies plus haut seront publiées dans le Répertoire des members de SCAIC. Veuillez contacter le bureau du SCAIC si vous désirez que ces informations ne soient pas publiées. Les autres informations récoltées sont considérées comme confidentielles et sont gérées selon les directives du Code de la CSA pour divulgation des renseignments personnels.

***For one time use only/pour usage unique seulement**