404 – 1525 Carling Avenue, Ottawa, ON K1Z 8R9

Tel: (613) 725-9510 Fax: (613) 725-9826 E-mail: phpc@cpha.ca

**2018 Application for Membership/Demande d’adhésion**

(for membership from January 1 to December 31, 2018)

(adhesion du 1ier janvier au 31 décembre 2018)

1. Name/Nom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Surname/Nom de famille First name/Prénom

1. Addresses/Adresses

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telephone/Téléphone Fax/Télécopieur Email/Courriel

1. Date of Birth/Date de naissance : ­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Sex/Sexe:  M  F
3. Send Correspondence in/Envoyez ma correspondance en :  English

 Français

1. Medical School and year of Graduation

Facultéde medicine et année d’obtention du diploma : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

University of postgraduate study

Université pendant la période de residence en santé communautaire : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Specialty Certification by (year)

Certification de la spécialité par (année) :  RCPSC/CRMCC Year/Année \_\_\_\_\_

  CPMQ Year/Année \_\_\_\_\_

 Other/Autre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Year/Année \_\_\_\_\_

1. University or Academic Appointment

Post universitaire ou académique : Yes/Oui  No/Non

Academic Rank/Titre académique :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Name of University/Non de l’université :­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Job Title/Titre d’emploi : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Particular Areas of Interest

Domaines d’intérêt particulier : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Membership Category/Catégorie d’adhésion

 Full member $350

 Member régulier $350

 New Full member $100

 Noveau member régulier $100

 (have not been a member within last 5 years)

 (n’ayant pas été member depuis les 5 dernières années)

 New Graduate/First Year in Practice $75

 Nouveau diplômés / Première année de pratique $75

**Payment method (for membership dues):**

 Cheque payable to the: Public Health Physicians of Canada (PHPC).

**Mode de paiement (pour la cotisation des members) :**

 Chèque payable à l’ordre de les Médecins de santé publique du Canada (MSPC).

 Visa  Mastercard

(for one time use only/pour usage unique seulement)

Account no./No. de Compte : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Expiry Date/Date d’expiration : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Name on card/Nom sur la carte : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cardholder’s Signature/Signature du détentuer de la carte : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Signature of Applicant/ Signature de l’adhérent(e) Date

The personal information collected on this form is considered confidential and is managed according to the CSA Model Code Guidelines for the release of personal information.

Les informations personnelles contenues dans le présent formulaire sont strictement confidentielles et sont gérées selon les directives du Code de l’ACS pour la divulgation des renseignements personnels