



404 – 1525 Carling Avenue, Ottawa, ON K1Z 8R9
Tel: (613) 725-9510 Fax: (613) 725-9826 E-mail: phpc@cpha.ca

2017 Application for Membership/Demande d'adhésion

(for membership from January 1 to December 31, 2017)
(adhesion du 1ier janvier au 31 décembre 2017)

- Name/Nom : _____
Surname/Nom de famille _____ First name/Prénom _____
- Addresses/Adresses

Telephone/Téléphone _____ Fax/Télécopieur _____ Email/Courriel _____
- Date of Birth/Date de naissance : _____
- Sex/Sexe: M F
- Send Correspondence in/Envoyez ma correspondance en : English
 Français
- Medical School and year of Graduation
Faculté de médecine et année d'obtention du diplôme : _____

University of postgraduate study
Université pendant la période de résidence en santé communautaire : _____

Specialty Certification by (year)
Certification de la spécialité par (année) : RCPSC/CRMCC Year/Année _____
 CPMQ Year/Année _____
 Other/Autre _____ Year/Année _____
- University or Academic Appointment
Post universitaire ou académique : Yes/Oui No/Non

Academic Rank/Titre académique : _____

Name of University/Non de l'université : _____

8. Job Title/Titre d'emploi : _____

9. Particular Areas of Interest
Domaines d'intérêt particulier : _____

10. Membership Category/Catégorie d'adhésion

Full member \$350
Member régulier \$350

New Full member \$100
Nouveau 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 détenteur 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