# DEMANDE D'ADHÉSION À TITRE DE MEMBRE ASSOCIÉ

Canadian Dermatology Association
Association canadienne de dermatologie

## RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Nom complet *(si vous préférez utiliser un surnom, SVP ajouter le ci-dessous)*

_____
Nom Prénom Deuxième prénom

Nom devant figurer dans la correspondance _____

Date de naissance ____ / ____ / ____ Citoyenneté _____
J M A

Adresse de bureau _____

Nº de tél. _____ Nº de télécop. _____

Courriel _____

## NOM DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET ANNÉE D'OBTENTION DU DIPLÔME

_____ Année _____

## AUTRES UNIVERSITÉS FRÉQUENTÉES ET DIPLÔMES OBTENUS

Établissement _____ Diplôme _____ Année _____

Établissement _____ Diplôme _____ Année _____

Établissement _____ Diplôme _____ Année _____

## RÉSIDENCE *(Énumérez les établissements de résidence et les années de début et de fin de formation.)*

Établissement _____ Diplôme _____ Année _____

Établissement _____ Diplôme _____ Année _____

Établissement _____ Diplôme _____ Année _____

Établissement _____ Diplôme _____ Année _____

Établissement _____ Diplôme _____ Année _____

## POSTES DE FELLOW

Établissement _____ Année _____

Établissement _____ Année _____

**AUTRE FORMATION POSTDOCTORALE**

Établissement _____ Poste _____ Années _____

**CHARGES D'ENSEIGNEMENT**

Établissement _____ Poste _____

Établissement _____ Poste _____

**AFFILIATIONS HOSPITALIÈRES**

_____ _____

_____ _____

_____ _____

**AFFILIATIONS À DES SOCIÉTÉS MÉDICALES**

_____ _____

_____ _____

_____ _____

**CERTIFICATIONS**

Fellow du CRMCC _____ Année _____

CSPQ _____ Année _____

Agrégé de l'American Academy of Dermatology _____ Année _____

Conseils de dermato-pathologie _____ Année _____

Autres _____ Année _____

Permis d'exercise de la médecine _____

_____

**RÉFÉRENCES :** Deux membres en règle de l'ACD

Nom _____ Nº de tél. _____

Nom _____ Nº de tél. _____

**DOMAINES D'INTÉRÊT PARTICULIER :** _____

_____

_____

_____

Dans quelle langues préférez-vous correspondre avec l'ACD? English ☐ French ☐

**ANTÉCÉDENTS PROFESSIONNELS :** Les Règlements de l'ACD stipulent qu'un associé est une personne qui s'intéresse à un aspect de la dermatologie et qui peut, de l'avis du Conseil d'administration, apporter un bagage de connaissances utiles à la Société. Dans l'espace ci-dessous, veuillez décrire vos antécédents professionnels et expliquer quelles connaissances utiles vous pouvez contribuer à l'Association canadienne de dermatologie. Ajoutez des feuillets supplémentaires au besoin.

**Signature** _____ **Date** _____

**Montant payable:** 275,00 $ + GST/HST

**MODE DE PAIEMENT**

☐ Chèque à l'ordre de ***l'Association canadienne de dermatologie*** ci-joint

☐ Visa ☐ Mastercard ☐ Amex

Nº de compte _____ Date d'échéance _____

CVC _____ **Signature** _____