

# SPÉCIALISTES EN MÉDECINE DU TRAVAIL DU CANADA (OMSOC)

## DEMANDE D'ADHÉSION

Prénom		Nom	
Adresse			
Ville		Prov.	Code postal
Tél.		Télec.	
Courriel			
Date de naissance (jj-mm-aa)		Sexe	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme

Faculté de médecine ayant décerné votre diplôme :

Établissement	Diplôme	Année

Université où vous avez fait vos études postdoctorales :

Programme	Établissement	Type de service	Superviseur	Dates

Certificat de spécialisation émis par (année) :

CRMCC		Année	
CMQ		Année	
Autre		Année	

Fonctions universitaires ou professorales :  Oui  Non

Catégorie professorale	
Nom de l'université	
Désignation d'emploi	
Champs d'intérêt	

Catégorie d'adhésion

- Membre 250,00 \$
- Associé/associé international 100,00 \$
- Associé résident/membre émérite 50,00 \$
- Associé étudiant en médecine 20,00 \$

Une fois votre demande approuvée, les instructions de paiement vous seront communiquées.

Signature du demandeur : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Le nom fourni dans le présent formulaire sera publié dans le site Web de l'OMSOC. Veuillez cocher la case appropriée pour signifier votre consentement à la publication de ce renseignement. Les autres renseignements personnels recueillis sont confidentiels et sont gérés conformément au Code type sur la protection des renseignements personnels de la CSA.

Oui  Non