

SOCIÉTÉ CANADIENNE DES MÉDECINS DE SOINS PALLIATIFS

Demande d'adhésion

NOM : _____

ADRESSE : _____

ville Province Code postal

Téléphone: _____ Télécopieur : _____

Courriel : _____

GRADES UNIVERSITAIRES : _____

ÉCOLE DE MÉDECINE LORS DE L'OBTENTION DU GRADE: _____ Année : _____

LICENCE DE MÉDECINE VALIDE DANS LA PROVINCE DE : _____

CERTIFICAT(S): Collège des médecins de famille du Canada
Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada
Autre Spécifiez (sur-)spécialisation _____

ACTIVITIÉS DE SOINS PALLIATIFS: temps plein temps partiel 25% - 50%
temps partiel > 50% temps partiel < 25%
Aucune En formation en SP

DOMAINES PRINCIPAUX DES ACTIVITÉS MÉDICALES :

Soins palliatifs seulement	Médecine interne	Psychiatrie
Anesthésie	Oncologie médicale	Radiothérapie/Oncologie
Pratique familiale	Neurologie	Autre spécialité médicale
Chirurgie générale	Obstétrique/Gynécologie	Autre spécialité chirurgicale
Gériatrie	Pédiatrie	Autre _____

LANGUE DE PRÉFÉRENCE : Anglais Français

Désirez-vous que votre nom et adresse soient indiqués à l'annuaire des médecins au site Web de la Société? oui non

Désirez-vous que votre adresse courriel soit indiquée à l'annuaire des médecins au site Web de la Société? oui non

N.B. : Veuillez renvoyer cette demande à la trésorière, la Dre Deb Slade
(Soins palliatifs, Hôpital Royal Alexandra, 10240, Kingsway, Edmonton, Alberta, T5H 3V9).

COTISATION : 100,00 \$ (pour les médecins étudiant les soins palliatifs : 10,00 \$)
(Les chèques doivent être faits à l'ordre de la **Société canadienne des médecins de soins palliatifs**)

J'ai lu le règlement interne de la Société et accepte de soutenir sa mission et ses objectifs.

(Signature)

(Date)