



Membership Application

<input type="radio"/> Member Ob/Gyn	\$450.00 (Jan.-Dec.)
<input type="radio"/> International Member Ob/Gyn	
<input type="radio"/> Associate Member – MD	\$175.00 (Jan.-Dec.)
<input type="radio"/> Associate Member – Midwife	\$100.00 (Jan.-Dec.)
<input type="radio"/> Associate Member – RN/ Nurse Practitioner	
<input type="radio"/> Associate Member – Research	
<input type="radio"/> Associate Member – Allied	\$200.00 (Jan.-Dec.)
<input type="radio"/> Associate Member – Healthcare	\$140.00 (Jan.-Dec.)
<input type="radio"/> Life Member (65 years or older, no longer practicing Ob/Gyn)	\$60.00 (Jan.-Dec.)
<input type="radio"/> Junior Member	\$40.00 (July-June)
<input type="radio"/> Junior Member – Family Medicine Resident	
<input type="radio"/> Student in Healthcare Training/ Research	\$20.00 (July-June)

Note:

- To new members: If you apply for membership mid-year, your membership cost will be half of what is listed above.
- Special consideration for maternity, health or prolonged education leave.

Demande d'adhésion

<input type="radio"/> Membre obs.-gyn.	450.00 \$ (jan.-déc.)
<input type="radio"/> Membre internationale obs.-gyn.	
<input type="radio"/> Membre associé - médecine	175.00 \$ (jan.-déc.)
<input type="radio"/> Membre associé - sage-femme	100.00 \$ (jan.-déc.)
<input type="radio"/> Membre associé - soins infirmière/ infirmière praticienne	
<input type="radio"/> Membre associé - recherche	
<input type="radio"/> Membre associé - auxiliaire	200.00 \$ (jan.-déc.)
<input type="radio"/> Membre associé - soins de santé	140.00 \$ (jan.-déc.)
<input type="radio"/> Membre à vie (65 ans ou plus, ne pratiquant plus l'obs.-gyn.)	60.00 \$ (jan.-déc.)
<input type="radio"/> Membre débutant	40.00 \$ (juillet-juin)
<input type="radio"/> Membre débutant - résident en médecine familiale	
<input type="radio"/> Membre - étudiant en soins de santé/ recherche	20.00 \$ (juillet-juin)

Note :

- Avis aux nouveaux membres : Si vous décidez de vous joindre à la SOGC au milieu de l'année, vos frais d'adhésion correspondront à la moitié de ce qui apparaît ci-dessus.
- Considération spéciale pour les congés de maternité, santé ou d'études prolongé.

Name / Nom :

Dr. Mrs. Ms. Mr.
Dr. Mme Mlle M

Last Name / Nom de famille

First Name / Prénom

Office Address / Adresse de bureau :

City / Ville : Province: Postal Code / Code postal :

Tel / Tél. : () Fax / Téléc. : () E-mail / Courriel :

- Do you want your work address published in the SOGC Directory? / Désirez-vous faire paraître votre adresse au bureau dans le répertoire de la SOGC? Yes/Oui No/Non
- Can we release your name and coordinates for research & education surveys? / Pouvons-nous divulguer vos noms et coordonnées à des fins de sondages sur la recherche et la formation? Yes/Oui No/Non

Home Address / Adresse de domicile :

City / Ville : Province : Postal Code / Code postal :

Tel / Tél. : () Fax / Téléc. : () E-mail / Courriel :

Date of birth: /m /d /y

Gender: Male Female Citizenship: _____

Date commencing practice: /m /d /y

License #: Province: _____

Preferred Language: English French

Preferred Mailing Address: Office Residence

Preferred Method of Correspondence: E-mail Fax Mail

Date de naissance: /m /j /a

Sexe: Homme Femme Citoyenneté: _____

Date d'ouverture de pratique: /m /j /a

N° de permis: Prov.: _____

Langue privilégiée: Français Anglais

Adresse postale privilégiée: Bureau Domicile

Mode privilégié de correspondance: Courriel Téléc. Poste

Section A

This section must be completed by all Ob/Gyn Member, Associate Member and Life Member applicants

Cette section doit être remplie pour tous les membres obs.-gyn., les membres associés et les membres à vie.

Name of Candidate (Please print) / Nom du candidat (veuillez écrire en lettres moulées) : _____

I wish to become a member of the Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada and, if accepted, I hereby agree to promote the honour and interest of the Society, and to observe the enactments of its Charter, By-Laws and Regulations.

(one signature is required)

Je souhaite devenir membre de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada et, si je suis accepté, je m'engage à promouvoir l'honneur et les intérêts de la Société, et à respecter les promulgations de sa charte, de ses statuts et de ses règlements.

(une signature est requi)

Signature of Proposer / Signature du membre qui propose

(Member in good standing of the Society, recommends this candidate for membership) (Membre en règle de la SOGC, recommande ce candidat pour l'adhésion)

Section B

This section must be completed by all Junior Members, Junior Member – Family Medicine Residents, Students in Healthcare Training/Research.

Cette section doit être remplie pour tous les membres débutants, les membres débutants - résident en médecine familiale et les membres - étudiant en soins de santé/recherche.

Name of Candidate (Please print) / Nom du candidat (veuillez écrire en lettres moulées) : _____

Degrees other than MD / Diplôme autre que M.D. : _____

School of Medicine / Faculté de médecine : _____

Year / Année : _____

Post Graduate Training Year / Année de cycle supérieur de formation : 1 2 3 4 5

Current University Enrollment / Inscriptio universitaire actuelle : _____

Hospital / Hôpital : _____

Fellowship Training / Formation facultative : 1 2 3 4

Subspecialty / Sous-spécialité : _____

Signature of Candidate / Signature du candidat

Signature of Chairman or Residency Program Director / Signature du Chef de département ou directeur de programme de résidence

Method of Payment (payment must accompany application)
Méthode de paiement (Le paiement doit accompagner la demande)

Cheque / chèque (payable to SOGC / libellé à la SOGC) VISA MasterCard

Card # / N° de la carte : _____ Exp. Date / Date d'exp. : _____

GST Exempt # / N° d'exemption de TPS : _____

Signature : _____ Total amount enclosed / Montant total ci-inclus : _____