



P.O. Box 39, Kemptville, Ontario, Canada K0G 1J0

DEMANDE D'ADHÉSION À LA CETA/ACTE
Année financière : du 1^{er} MAI au 30 AVRIL

*** ATTENTION, N'INDIQUEZ PAS dans ce formulaire les informations personnelles que vous ne voulez pas rendre publiques.**

NOM: _____ DEGRÉS: _____

NOM DE COMPAGNIE: _____ CODE IETS: _____

ADRESSE (rue, C.P., RR): _____

VILLE: _____ PROVINCE/ÉTAT: _____

CODE POSTAL/ZIP: _____ PAYS: _____

TÉLÉPHONE: _____ EXT: _____ CELLULAIRE: _____

TÉLÉCOPIEUR: _____ ADRESSE COURRIEL: _____

Pratique autorisée dans les provinces suivantes (*s'il y a lieu*): _____

COCHEZ LE (LES) CHOIX APPROPRIÉ(S): COMMERCE (T.E.) RECHERCHE ENSEIGNEMENT AUTRE _____

SPÉCIFIEZ: _____

LANGUE DE COMMUNICATION PRÉFÉRÉE: FRANÇAIS ANGLAIS

1) Inclure mon nom dans la « Recherche de membres » dans la page web publique de CETA/ACTE. OUI NON

2) Inclure les renseignements me concernant (comme mentionnés ci-dessus) dans la « Recherche de membres » dans la page web publique de CETA/ACTE. OUI NON

3) Consentez-vous à recevoir des courriels de la CETA/ACTE? OUI NON

(Aux fins d'efficacité, la CETA/ACTE communique avec ses membres par courriel. Les membres reçoivent les documents suivants par courriel : avis et renseignements reçus, bulletins d'information, rapport annuel, renouvellement d'adhésion, révision annuelle de la certification, information sur l'inscription au congrès, Tech Talk et autres renseignements pertinents à la CETA/ACTE.)

SIGNATURE: _____

ADHÉSION CETA/ACTE: (*Si la demande est faite après le 1^{er} juillet, veuillez communiquer avec le bureau de la CETA/ACTE pour obtenir les frais calculés au prorata pour les membres à part entière ou affiliés*)

ACTIF **FRAIS: 220, 35 \$CA** (195,00 \$ + 25,35 \$ TVH)
Pour une demande d'adhésion pleine et entière, veuillez fournir le nom d'un membre à part entière de la CETA/ACTE, aux fins de référence: _____

AFFILIÉ **FRAIS: 107,35 \$CA** (95,00 \$ + 12,35 \$ TVH)
Si vous demandez une adhésion de membre affilié en tant que technicien, veuillez indiquer le nom du vétérinaire avec qui vous travaillez au Canada: _____

ÉTUDIANT **FRAIS: 16,95 \$CA** (15,00 \$ + 1,95 \$ TVH)
Si vous présentez une demande de membre étudiant, veuillez inclure une photocopie de votre carte d'étudiant.

Veuillez remplir et retourner une copie avec votre paiement à:

L'Association Canadienne de Transfert d'Embryons
C.P. 39, Kemptville, Ontario, Canada K0G 1J0

TPS/TVH # 12413 5575 RT0001 – *Un reçu vous sera envoyé par courriel.*