



**Canadian Embryo Transfer Association
Association Canadienne de Transfert d'Embryons**

Tél. : 613-340-1536
Télec. : 613-652-1421
Courriel : CETA.ACTE@Gmail.com
Site web : www.ceta.ca

C.P. 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): _____
Villes: _____ Province/État: _____
Code postal/Zip: _____ Pays: _____
Téléphone: _____ Poste: _____ Cellulaire: _____
Télécopieur: _____ Adresse courriel: _____
Pratique autorisée dans les provinces suivantes (*s'il y a lieu*): _____
Cochez le(s) choix approprié(s): Commerce (T.E.) _____ Recherche _____ Enseignement _____ Autre _____
Spécifiez _____
LANGUE DE COMMUNICATION PRÉFÉRÉE: Français _____ Anglais _____

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)

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.

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

- ACTIF** **FRAIS: 220,35 \$CA** (195,00 \$ + 25,35 \$ TVH)
Pour une demande d'adhésion pleine et entière:
i) Veuillez fournir le nom d'un membre à part entière de la CETA/ACTE, aux fins de référence: _____
ii) Souhaitez-vous que votre nom et vos coordonnées soient publiés dans une page *publique* dans le site web de la CETA/ACTE appelée « Membres »? (veuillez cocher et signer) OUI NON

SIGNATURE: _____

- 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 # R 124 135 575 - Un reçu officiel vous sera envoyé par courriel.