

Post Office Box 39059
Edmonton, AB T5B 4T8

ph: (780) 488-4334 fx: 482-4425

e-mail: compoffice@powersurfr.com

Demande d'Adhésion

Nom: _____ (Dr.) (M.) (Mme.) (Mlle.) *s.v.p. encerclez un*
 Adresse: _____
 _____ Tél: () _____
 _____ Facsimilé: () _____
 _____ Courriel électronique: _____
 Code Postal: _____ Site personnalisé sur le web: _____

Titre d'emploi actuel: _____

Degré universitaire: _____ **Année d'obtention:** _____ **Spécialité:** _____

Profil: Enseignement: % Service: % Administration: %
 Recherche: % Consultation: % Autres: %

Autres affiliations: CCPM: AAPM: HPA: CAP:
 SPIE: SPSE: CRPA: ISMRM:

Je désire adhérer à OCPM à de membre...

Titulaire* (\$100)	<input type="text"/>	Associé* (\$100)	<input type="text"/>	Étudiant (\$20)	<input type="text"/>	Retraité* (\$70)	<input type="text"/>	Corporatif (\$500)	<input type="text"/>
------------------------------	----------------------	----------------------------	----------------------	---------------------------	----------------------	----------------------------	----------------------	------------------------------	----------------------

*ajouter \$30 pour frais de traitement de demande d'adhésion (Membres titulaire, associée, retraité)

Abonnement: "Physics in Medicine and Biology" --- \$250.00 -----

"Physics in Canada" ----- \$45.00 -----

Je joins un chèque de \$ _____, payable à l'ordre de l'OCPM

Signature: _____ **Date:** _____

Verification d'admissibilité

Doit être remplie par l'employeur ou le directeur du département universitaire

Ceci est pour confirmer que _____ est actuellement:

- Employé(e) à titre de physicien médical, de physicien hospitalier, physicien de la santé, ou de biophysicien
- Inscrit(e) dans un programme d'études graduées en physique médicale. Il/elle est un(e) étudiant(e) à temps plein dans un programme à l'obtention d'un diplôme universitaire.

Institution, Département, etc.: _____

_____ (nom et titre)

_____ (date et signature)