



### Membership Application (Canada & USA)

<input type="radio"/> Ob/Gyn member	\$450.00 (Jan.-Dec.)
<input type="radio"/> Associate member – Family Physician	\$175.00 (Jan.-Dec.)
<input type="radio"/> Associate member – Registered Midwife <input type="radio"/> Associate member – Registered Nurse/ Nurse Practitioner <input type="radio"/> Associate member – Researcher	\$100.00 (Jan.-Dec.)
<input type="radio"/> Associate member – Allied Health care professional	\$200.00 (Jan.-Dec.)
<input type="radio"/> Associate member – Health care professional	\$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 <input type="radio"/> Junior member – Family Medicine Resident	\$40.00 (July-June)
<input type="radio"/> Student in health care training/research	\$20.00 (July-June)

**Note:**

- Taxes are not included in membership price.
- 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 (Canada et É.-U.)

<input type="radio"/> membre obs.-gyn.	450.00 \$ (jan.-déc.)
<input type="radio"/> membre associé – médecin de famille	175.00 \$ (jan.-déc.)
<input type="radio"/> membre associé – sage-femme autorisée <input type="radio"/> membre associé – infirmière autorisée/infirmière pratiquante <input type="radio"/> membre associé – chercheur	100.00 \$ (jan.-déc.)
<input type="radio"/> membre associé – professionnel du domaine paramédical	200.00 \$ (jan.-déc.)
<input type="radio"/> membre associé – professionnel en 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 <input type="radio"/> membre débutant – résident en médecine familiale	40.00 \$ (juillet-juin)
<input type="radio"/> membre étudiant en soins de santé/recherche	20.00 \$ (juillet-juin)

**Note:**

- Les taxes ne sont pas comprises dans les frais d'adhésion.
- 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.  
First Name / Prénom Last Name / Nom de famille

Office Address / Adresse de bureau : \_\_\_\_\_

City / Ville : \_\_\_\_\_ Province: \_\_\_\_\_ Postal Code / Code postal : \_\_\_\_\_  
 Tel / Tél. : (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Fax / Téléc. : (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ E-mail / Courriel : \_\_\_\_\_

Home Address / Adresse de domicile : \_\_\_\_\_

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

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 to receive the JOGC:  Electronic  Paper

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 pour recevoir le JOGC :  Électronique  Papier

## 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 requise)

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 Members - Family Medicine Residents, Students in health care training/research.**

**Cette section doit être remplie pour tous les membres débutants, les membres débutants - résident en médecine familiale et les membres étudiants 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 / Inscription 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)

Subtotal for membership / Sous-total pour l'adhésion .....\$ \_\_\_\_\_

Residents of / Résidents de: AB, MB, NT, NU, PE, QC, SK, YT..... add/ajouter 5 % GST/TPS \$ \_\_\_\_\_

Residents of / Résidents de: BC..... add/ajouter 12 % HST/TVH \$ \_\_\_\_\_

Residents of / Résidents de: ON, NB, NL..... add/ajouter 13 % HST/TVH \$ \_\_\_\_\_

Residents of / Résidents de: NS..... add/ajouter 15 % HST/TVH \$ \_\_\_\_\_

Residents living outside of Canada / Résidents vivant à l'extérieur du Canada ..... Not applicable/Non applicable

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

TOTAL MEMBERSHIP ENCLOSED / MONTANT TOTAL DE L'ADHÉSION CI-JOINT .....\$ \_\_\_\_\_

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

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

Signature: \_\_\_\_\_ Total amount enclosed / Montant total ci-inclus: \$ \_\_\_\_\_