



Membership Application (Canada & USA)

<input type="radio"/> Member Ob/Gyn	\$450.00 (Jan.-Dec.)
<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"/> Students 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 (Canada et É.-U.)

<input type="radio"/> Membre obs.-gyn.	450.00 \$ (jan.-déc.)
<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/research	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.

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

Name / Nom : _____
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 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 / 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)

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: _____