



Application for Full Membership

Application pour devenir membre

Adhésion Canada

PERSONAL INFORMATION/INFORMATION PERSONNELLE:

Title/Titre: Dr(e)

First/Prénom: _____ Last/Nom: _____

Male/Homme

Female/Femme

Work Address/Adresse professionnelle: _____

Work Telephone/Téléphone au travail: _____ Work Fax/Télécopieur au travail: _____

Home Address/Adresse résidentielle: _____

Home Telephone/Téléphone à la maison: _____ Home Fax/Télécopieur à la maison: _____

Email Address/Courriel: _____

Please mail Members Package to my/Veuillez envoyer ma trousse d'adhésion à:

HOME/MAISON

WORK/TRAVAIL

I would prefer the Guidelines in/Je préfère les lignes directrices en:

ENGLISH/ANGLAIS

FRENCH/FRANÇAIS

Newsletters and up-dates will be sent out by email. Hard copies will be mailed upon request only. Please notify us if you are unable to receive correspondence by email.

Les infolettres et les nouvelles dernière heure sont envoyées par courriel. Des exemplaires écrits sont envoyés seulement si vous en faites la demande. Veuillez nous aviser si vous êtes incapable de recevoir de la correspondance par courriel.



LICENSING / CERTIFICATION
PERMIS D'EXERCICE / CERTIFICATION

Full Membership (Physicians)/Adhésion Canada (Médecins):

Date and Place Medical Degree was obtained/Date et lieu du permis d'exercice de médecine obtenu:

University/Université: _____

Province/Country/Pays: _____ Date (mm/dd/yyyy)/Date (mm/jj/aaaa): _____

Current Licenses Held (please include your License #)/Permis d'exercice actuel(s)(incluant numéro):

Specialist Qualifications (if applicable)/Spécialité (s'il y a lieu): _____

Are you currently a member in good standing of your licensing body?

Êtes-vous membre en règle de votre association?

Yes
 Oui

No
 Non

Are there currently any complaints lodged against you?

Existe-t-il actuellement des plaintes déposées contre vous?

Yes
 Oui

No
 Non

Declaration:

I understand that CADDRA will make inquiries about my professional training and practices, either from professional societies, individual references or any other individuals who may know my past or present professional activities, if such are deemed necessary. I also understand that CADDRA is not obligated to offer membership on the basis of this application.

I affirm that all the information in this application is true.

Déclaration:

Je comprends que CADDRA procédera à une enquête au sujet de ma formation professionnelle et ma pratique, soit auprès des associations professionnelles, des références ou de toute autre personne qui peut connaître mon passé ou mes activités professionnelles actuelles, si jugé nécessaire. Je comprends également que CADDRA n'est pas tenu d'offrir l'adhésion sur la base de cette demande.

J'affirme que toutes les informations fournies à cette demande sont vraies.

Date: _____ Signature: _____



PAYMENT OPTIONS/OPTIONS DE PAIEMENT:

Please make cheque or money order payable to the Canadian ADHD Resource Alliance (or CADDRA), or provide credit card information below.

Veillez faire un chèque ou une traite bancaire à l'ordre de Canadian ADHD Resource Alliance (ou CADDRA), ou fournir les informations de carte de crédit suivantes.

Full Membership:

One-year fees: \$225.00 + \$29.25 HST = \$254.25 CDN

Two-year fees: \$400.00 + \$52 HST = \$452.00 CDN

Adhésion Canada:

Un an : 225,00\$ + 29,95\$ TVQ = 254,25\$ CDN

Deux ans: 400,00\$ + 52,00\$ TVQ = 452,00\$ CDN

MasterCard

Visa

Cheque Enclosed/Chèque inclus

Card Number/Numéro de carte: _____

Expiry Date/Date d'expiration: _____

Name of Cardholder (as it appears on card)/

Nom du titulaire de la carte (tel qu'il appert sur la carte): _____

Return to:

Canadian ADHD Resource Alliance (CADDRA)
Membership Department
3950 14th Avenue, Suite 604
Markham, ON, L3R 0A9

Or

Fax: 905-475-3232

Retourner à:

Canadian ADHD Resource Alliance (CADDRA)
Département d'adhésion
3950 14th Avenue, Suite 604
Markham, ON, L3R 0A9

Ou

Envoyer par télécopieur: 905-475-3232