



**CASEM MEMBERSHIP RENEWAL FORM
FROM JANUARY 1, 2017 TO DECEMBER 31, 2017**

Name: _____

Address: _____

City: _____ Province: _____ Postal Code: _____

Office Phone: _____ Ext _____

E-mail: _____ Cell _____

Language: English () French ()

(A) MEMBERSHIP DUES TOTAL

- () Active Member \$ 350.00
- () Post graduate medical trainee (Resident/Fellow) \$ 225.00
- () Post graduate medical trainee * \$ 145.00
- *Hard copy of Clinical Journal of Sport Medicine NOT included
- () Senior Member (retired) \$ 225.00
- () Student Member* \$ 25.00
- *Clinical Journal of Sport Medicine NOT included

(B) OPTIONAL DONATION (tax deductible)

Please choose donation type: () Research Fund () L. Richard Fund () General

Total Donation: (B) \$ _____

TOTAL AMOUNT ENCLOSED

ADD LINE A+B FOR TOTAL AMOUNT PAYABLE \$ _____ (CDN)

METHOD OF PAYMENT

- VISA CARD NUMBER: _____ / _____ / _____ / _____ EXPIRY DATE: ____ / ____
- M/C CARD NUMBER: _____ / _____ / _____ / _____ EXPIRY DATE: ____ / ____
- CHEQUE NUMBER _____

AUTOMATIC RENEWAL OPTION: (please check one):

- () **YES**, I wish to automatically renew my yearly membership with the credit card number listed above and have my receipt automatically sent to me each January
- () **NO**, I do not wish to automatically renew my yearly membership



DISTRIBUTION OF CASM MEMBERSHIP DATABASE

Check here if you **DO NOT APPROVE** distribution of your contact information (home numbers are NEVER published). Contact information can be distributed to National Sport Federations, CASEM Web site Members' Only Section, other related organizations, sponsors, etc.

MEMBERSHIP VERIFICATION

I certify that I am a physician licensed to practice in the province of _____ registration number _____.
I started practicing medicine in the year (please state year) _____

OR

I am a postgraduate medical trainee or medical student. **Please supply a copy of your medical school registration.**

OR

I am a senior (retired from active medical practice) in the province of _____. Life Members and Honorary Members are appointed. I _____ confirm that the information completed on this application is true to the best of my knowledge. (Membership becomes invalid immediately for false information provided on this form without refund or compensation of lost membership dues).

Signature _____ Date: _____



**RENOUVELLEMENT DE L'ADHÉSION À L'ACMSE
DU 1^{ER} JANVIER 2017 AU 31 DÉCEMBRE 2017**

Nom: _____

Adresse: _____

Téléphone bureau: _____ Ex. _____

Courriel: _____ Cellulaire _____

Genre: masculin () féminin () Langage: anglais () français ()

(A) CATÉGORIE DE MEMBRE

- | | |
|--|----------|
| () Membre actif | 350.00\$ |
| () Résident/e ou en perfectionnement | 225.00\$ |
| () Résident/e ou en perfectionnement* | 145.00\$ |
| *le journal « Clinical Journal of Sport Medicine » NON inclus | |
| () Membre retraité | 225.00\$ |
| () Étudiant/e en médecine | 25.00\$* |
| * le journal «Clinical Journal of Sport Medicine» NON inclus | |

CATÉGORIE (A) _____ \$

(B) DON FACULTATIF (déductible)

Tout don au fonds de recherche, à la Fondation L. Richard ou au fonds administratif est libre d'impôt et vous recevrez un reçu de charité officiel.

Veuillez choisir un type de don : () Fonds de recherche () Fondation L Richards () Fonds administratif

TOTAL DES DONS: (B) _____ \$

MONTANT TOTAL INCLUS

Additionnez A+B Pour Le Montant TOTAL (CAN) _____ \$

MODALITÉ DE PAIEMENT:

- () Visa Numéro _____/_____/_____/_____ Date d'expiration ____/____
- () Master Card Numéro _____/_____/_____/_____ Date d'expiration ____/____
- () Cheque (inclus) Numéro _____

OPTION DE RENOUELEMENT AUTOMATIQUE (cochez une option)

- () **OUI**, je souhaite renouveler automatiquement mon adhésion annuelle avec le numéro de carte de crédit mentionné ci-dessus et recevoir mon reçu automatiquement à chaque mois de janvier.
- () **NON**, je ne souhaite pas renouveler automatiquement mon adhésion annuelle.



Canadian Academy of Sport and Exercise Medicine

Académie canadienne de médecine du sport et de l'exercice

VÉRIFICATION

Je certifie par la présente que je suis médecin autorisé à exercer dans la province de _____ permis d'exercice numéro _____. J'exerce la médecine depuis (veuillez inscrire l'année) _____

OU

Je suis résident ou étudiant en médecine. Veuillez joindre une copie de votre inscription à la faculté de médecine.

OU

Je suis membre retraité (retraité de la pratique médicale active) dans la province de _____.

REMARQUEZ : Les membres honoraires et les membres à vie sont nommés par le comité de direction de l'ACMSE.

Je soussigné(e) _____ confirme que les renseignements fournis dans cette demande sont exacts, à ma connaissance. (La falsification des renseignements entraîne immédiatement la résiliation de l'adhésion sans remboursement ou indemnisation des cotisations perdues.)

DIFFUSION DE LA BASE DE DONNÉES DES MEMBRES DE L'ACMSE

() Cochez ici si **VOUS N'AUTORISEZ PAS** la diffusion de vos coordonnées (les numéros à domicile ne sont JAMAIS publiés). Les coordonnées peuvent être divulguées à des fédérations de sport nationales, à la section réservée aux membres du site Web de l'ACMSE, à d'autres organismes connexes, aux commanditaires, etc.

Signature _____ date _____