



**CANADIAN ASSOCIATION OF GENERAL SURGEONS  
L'ASSOCIATION CANADIENNE DES CHIRURGIENS GÉNÉRAUX**

Box 1428 Station B, Ottawa ON K1P 5R4  
Tel / Tél. : 613-882-6510 [www.cags-accg.ca](http://www.cags-accg.ca) [cags@cags-accg.ca](mailto:cags@cags-accg.ca)

**APPLICATION FOR MEMBERSHIP / DEMANDE D'ADHÉSION**

Surname / Nom de famille:		First name / Prénom	
Mailing address / Adresse postale:			
		<input type="checkbox"/> Residence / Domicile or / ou <input type="checkbox"/> Business / Affaires	
City / Ville:	Prov.:	Country / Pays:	
Postal Code / Code postal		Telephone / Téléphone:	
E-mail / Courriel			
Date of Birth / Date de naissance:		Preferred Communication / Communication préférée:	<input type="checkbox"/> English <input type="checkbox"/> Français
		D/M/Y - J/M/A	

- Check here if you do not want your name to appear in the directory of members /  
Cochez si vous ne voulez pas que votre nom paraisse dans le répertoire des membres

**Membership Category / Catégorie d'adhésion :**

- Full Member / Membre à part entière: \$350.00 + (GST/TPS)  
 Associate/Resident Member / Associé résident: \$35.00 + (GST/TPS)  
 Associate Fellow Member / Fellow associé: \$35.00 + (GST/TPS)  
 Medical Student / Étudiant(e): \$10.00 + (GST/TPS)  
 Affiliate / Affilié: \$35.00 + (GST/TPS)  
 International Member / Membre internationale: \$70.00 + (GST/TPS)

**Please note the fees of residents at Canadian universities are paid by their program.**

**Please use the Associate/Resident Member category.**

Medical Degree / Diplôme en médecine:	
University / Université :	
Year of Graduation / Année d'obtention du diplôme :	
Additional Degrees, Diplomas, or Qualifications / Autres diplômes ou qualifications:	
Current Licence(s) / Permis actuel(s):	
Year of Certification to Practice in General Surgery / Année d'obtention du certificat en chirurgie générale:	
Present Hospital Appointment(s) / Fonctions actuelles en milieu hospitalier:	
Memberships in Other Medical or Scientific Societies / Adhésion à une / d'autre(s) société(s) médicale(s) ou scientifique(s):	

**PAYMENT METHOD / MODE DE PAIEMENT**

<input type="checkbox"/> I HAVE ENCLOSED A CHEQUE PAYABLE TO THE CANADIAN ASSOCIATION OF GENERAL SURGEONS / JE JOINS UN CHÈQUE LIBELLÉ À L'ASSOCIATION CANADIENNE DES CHIRURGIENS GÉNÉRAUX	
<input type="checkbox"/> VISA <input type="checkbox"/> MASTERCARD For one time use only / À usage unique	Expiry Date / Date d'expiration:
Card No. / N° de carte:	
Signature:	Date:

PLEASE COMPLETE AND RETURN TO THE ABOVE ADDRESS WITH PAYMENT  
VEUILLEZ COMPLÉTER ET RETOURNE À L'ADRESSE PRÉCISÉE EN HAUT AVEC VOTRE PAIEMENT.