



Association canadienne de dermatologie
Canadian Dermatology Association

Demande d'adhésion à titre de membre associé

RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Nom au long (si vous préférez utiliser un surnom, veuillez l'ajouter)

Nom

Prénom

Deuxième prénom

Nom devant figurer dans la correspondance :

Date de naissance

/

/

Jour

Mois

Année

Citoyenneté

Adresse du bureau

N° de tél.

N° de télécop.

Courriel

NOM DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET ANNÉE D'OBTENTION DU DIPLÔME

Année

AUTRES UNIVERSITÉS FRÉQUENTÉES ET DIPLÔMES OBTENUS

Établissement

Diplôme

Année

Établissement

Diplôme

Année

Établissement

Diplôme

Année

RÉSIDENCE Énumérez les établissements de résidence et les années de début et de fin de formation.

Établissement

Poste

Années

Établissement

Poste

Années

Établissement

Poste

Années

Établissement

Poste

Années

Établissement

Poste

Années

POSTES DE FELLOW (Fellowships)

Établissement

Année d'obtention

Établissement

Année d'obtention

AUTRE FORMATION POSTDOCTORALE

Établissement

Poste

Années

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Établissement _____ Poste _____

Établissement _____ Poste _____

AFFILIATIONS HOSPITALIÈRES

AFFILIATIONS À DES SOCIÉTÉS MÉDICALES

CERTIFICATIONS

Associé du CRMCC _____ Année _____

CSPQ _____ Année _____

Agrégé de l'American Academy of Dermatology _____ Année _____

Conseils de dermato-pathologie _____ Année _____

Autres _____ Année _____

Permis d'exercice de la médecine _____

RÉFÉRENCES : Deux membres en règle de l'ACD

Nom _____ N° de tél. _____

Nom _____ N° de tél. _____

DOMAINES D'INTÉRÊT PARTICULIER :

Dans quelle langues préférez-vous correspondre avec l'ACD ?

Français

Anglais

