

Nom
Adresse
Ville, Prov.
Code Postal

CATÉGORIE	Montant 2024
<input type="checkbox"/> Membre actif (Canada et États-Unis)	550,00 \$
<input type="checkbox"/> Membre actif (première année de pratique)	430,00 \$
<input type="checkbox"/> Membre outre-mer / Membre affilié	455,00 \$
<input type="checkbox"/> Membre associé / boursier (veuillez indiquer) La date d'échéance de la bourse:	Sans frais
<input type="checkbox"/> Membre émérite	Sans frais

TAXE – N° TVH/TPS : 106866965

Merci de votre adhésion!

Fonds canadien d'oto-rhino-laryngologie et de chirurgie cervico-faciale Nous vous invitons à envisager de faire un don au Fonds

Je souhaite faire un don d'une somme de : 50 \$ 75 \$ 100 \$ autre montant : _____ PLATINE (1 000 \$ et plus) OR (750 \$ et plus) ARGENT (500 \$ et plus) BRONZE (250 \$ et plus) GÉNÉRAL (jusqu'à 250 \$)Veuillez attribuer mon don à la catégorie : Rayonnement ORL-CCF Bourses Généralités WIO (Women-in-Otolaryngology)**Donnez maintenant ICI.** Un reçu aux fins d'impôt sera émis pour les dons de 25 \$ et plus. **Merci de votre soutien !**

Le numéro d'enregistrement de l'organisme de charité est : 888581261RR0001

Modes de Paiement et Marche à Suivre

- VISA et MasterCard (en ligne, poste, ou téléphone) Chèque En ligne www.entcanada.org (par PayPal, la majorité des cartes)
 NOUVEAU – Virement Interac

Les chèques : Faire à l'ordre de la : *Société canadienne d'oto-rhino-laryngologie et de chirurgie cervico-faciale* (envoyer avec le formulaire dûment rempli au secrétariat de la Société). **Les paiements par carte de crédit :** peuvent être effectués en ligne, par la poste, télécopieur, ou téléphone au secrétariat de la Société. TÉLÉPHONE : 705-606-6723. **Virements Interac :** par l'entremise de votre institution bancaire. Retourner une copie de cette facture en mentionnant le paiement par virement Interac au secrétariat de la Société. Le paiement doit être émis à membership@csohns.org. Dans la section message, inscrire votre nom et préciser que le paiement est pour adhésion 2024. La SCO est inscrite au dépôt automatique. Aucune question ni réponse de sécurité ne seront nécessaires.

Numéro de la carte VISA ou MC: _____ Date d'expiration : ____ / ____

Nom du détenteur de la carte _____ Signature d'autorisation : _____

MONTANT INCLUS: _____ \$**POUR VS DOSSIERS:** Conserver une copie de cette fiche. Communiquez avec le bureau si vous avez besoin d'un reçu officiel : membership@csohns.org