



Preventing and treating infectious diseases  
Prévenir et traiter les infections

Association of Medical Microbiology  
and Infectious Disease Canada

Association pour la microbiologie  
médicale et l'infectiologie Canada

192 rue Bank Street  
Ottawa ON K2P 1W8  
☎ (613) 260-3233  
☎ (613) 260-3235  
✉ info@ammi.ca

www.ammi.ca

## FORMULAIRE DE DEMANDE D'ADMISSION POUR MEMBRES ASSOCIÉS

### INFORMATIONS GÉNÉRALES ET INSTRUCTIONS

- ❖ Avant de remplir ce formulaire, nous vous recommandons de consulter les catégories de membres ci-jointes. Vous pouvez communiquer avec le secrétariat de l'AMMI Canada pour discuter de vos besoins et des coûts applicables.
- ❖ Pour les membres bienfaiteurs ou actifs, veuillez remplir le formulaire de demande correspondant, affiché sur notre site web [http://www.ammi.ca/the\\_society/application.php](http://www.ammi.ca/the_society/application.php).
- ❖ L'AMMI Canada dispose de politiques sur le respect de la vie privée à l'égard de l'information confidentielle soumise par le demandeur. Veuillez consulter ces politiques sur notre site web <http://www.ammi.ca/media/30561/document17.pdf>.

### RENSEIGNEMENTS SUR LE DEMANDEUR (Veuillez imprimer lisiblement)

Nom de famille \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_ Initiales \_\_\_\_\_

Adresse (pour le repertoire des membres) Rue \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_ Province \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_ Pays \_\_\_\_\_

Téléphone \_\_\_\_\_ Télécopieur \_\_\_\_\_ Adresse courrielle \_\_\_\_\_  
Organisation/Affiliation \_\_\_\_\_

Département/Division \_\_\_\_\_

Section: Infectiologie  Microbiologie médicale  Microbiologie médicale et infectiologie

Langue de correspondance: Français  Anglais  Sexe: M  F  Désignation: MD  PhD  PharmD  Autre \_\_\_\_\_

Quelle année avez-vous complété vos études de médecine ou de 3<sup>ème</sup> cycle? \_\_\_\_\_ Institution \_\_\_\_\_

Année avez-vous compléter votre spécialité \_\_\_\_\_ Institution \_\_\_\_\_

#### Désirez-vous joindre un de nos comités?

Lignes Directrices  Programmation/planification  Gérance et résistance antimicrobienne   
Éducation  Bourses et prix  Relations publiques/Communications  Membres associés

Approbation du directeur de programme: Par la présente, je confirme que le candidat est inscrit dans notre programme de formation à temps complet :

Infectiologie  Microbiologie médicale  Microbiologie médicale et infectiologie

Nom du directeur du programme \_\_\_\_\_ Affiliation universitaire \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_ Date (AAAA/MM/DD) \_\_\_\_\_

Approbation par un membre de l'AMMI Canada: (Requis si le directeur du programme n'est pas un membre de l'AMMI Canada) Par la présente, je donne mon appui au candidat nommé dans ce document.

Nom du membre \_\_\_\_\_ Signature \_\_\_\_\_

SIGNATURE DU CANDIDAT \_\_\_\_\_ Date (AAAA/MM/DD) \_\_\_\_\_