



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

101-298 rue Elgin Street
Ottawa ON K2P 1M3

(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
- ❖ 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/pdf/AMMICanadaPrivacyPolicy_fr.pdf

RENSEIGNEMENTS SUR LE DEMANDEUR (Veuillez imprimer lisiblement)

Nom de famille		Prénom		Initiales	
Adresse (pour le répertoire 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 3ème cycle ? _____ Institution _____

Année prévue pour compléter votre spécialité _____ Institution _____

Désirez-vous joindre un de nos comités?

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

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/JJ) _____