

Membership Application/*Demande d'adhésion*

<p>Title/Titre: _____ Name/Nom: _____</p> <p>Program/ Programme OR Organization/Organisation: _____</p> <p>Address/Adresse: _____</p> <p>City/Ville _____ Province/État _____ Postal code /Code postal _____ Country/Pays _____</p> <p>E-mail/Courriel: _____</p> <p>Telephone/Numéro de téléphone: _____ EXT.: _____</p> <p>Fax/Télec.: _____</p> <p>Profession: _____ Hrs per week in CR/ nombres d'heures par semaine en <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> réadaptation cardiaque _____</p> <p>Involvement in CR/Implication en réadaptation cardiaque: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Include my name and work contact information in an online Membership Directory for Members / Inclure mon nom et les coordonnées de travail des informations dans un annuaire d'abonnement en ligne pour les membres</p> <p><input type="checkbox"/> Please sign me up to receive CACPR's monthly e-newsletters, meeting notices and updates about the organization / S'il vous plaît inscrivez-moi pour recevoir chaque mois des bulletins électroniques de ACPRC, convocations et mises à jour à propos de l'organisation <input type="checkbox"/> Send me valuable information from JCRP / Envoyez-moi des informations précieuses JCRP</p> <p><input type="checkbox"/> Please keep me informed of CACPR's educational products/services offered / S'il vous plaît tenez-moi informé des produits / des services offerts éducatifs ACPRC.</p> <p>Affiliations: <input type="checkbox"/> CSEP <input type="checkbox"/> CPA <input type="checkbox"/> ACRN <i>Check all that apply</i> <input type="checkbox"/> CRNO <input type="checkbox"/> CCS <input type="checkbox"/> AACVPR <input type="checkbox"/> H&S Foundation <input type="checkbox"/> CCCN <input type="checkbox"/> CDA <input type="checkbox"/> Canadian/Provincial Nurses Association <input type="checkbox"/> ACSM <input type="checkbox"/> Canadian/Provincial Kinesiology Association <input type="checkbox"/> Other: _____</p> <p>Certifications/Reconnaissance Professionnelle <input type="checkbox"/> CSEP – Certified Exercise Physiologist <input type="checkbox"/> ACSM – Clinical <input type="checkbox"/> CCCN - CV <input type="checkbox"/> ACSM – Clinical Exercise Physiologist <input type="checkbox"/> CDA – Diabetes <input type="checkbox"/> ACSM Program Educator <input type="checkbox"/> Director <input type="checkbox"/> Other: _____</p> <p>Academic Background/Formation Académique (Diploma/diplôme, Faculty/faculté. Year/Année): _____</p>	<p>Membership Categories <i>Catégories de membre</i></p> <p>Regular/titulaire <i>Professionals regularly involved in CR</i></p> <p><input type="checkbox"/> 1 year \$150+tax <input type="checkbox"/> 2 year \$300+tax <input type="checkbox"/> 3 year \$450+tax</p> <p>Associate/affilié <i>Professionals interested in CR but not eligible as a regular member</i></p> <p><input type="checkbox"/> 1 year \$150+tax <input type="checkbox"/> 2 year \$300+tax <input type="checkbox"/> 3 year \$450+tax</p> <p>Student/étudiant <i>Individuals enrolled in post-secondary studies related to CR</i></p> <p><input type="checkbox"/> 1 year \$75+tax <input type="checkbox"/> 2 year \$150+tax <input type="checkbox"/> 3 year \$225+tax</p> <p>Retired/retraité <i>Members in CR who have retired and wish to continue to support CACPR activities</i></p> <p><input type="checkbox"/> 1 year \$60+tax <input type="checkbox"/> 2 year \$120+tax <input type="checkbox"/> 3 year \$180+tax</p> <p>International <i>Professionals involved or interested in CR living outside of Canada</i></p> <p><input type="checkbox"/> 1 year \$180+tax <input type="checkbox"/> 2 year \$360+tax <input type="checkbox"/> 3 year \$540+tax</p> <p>Taxes:</p> <p style="text-align: center;">ON,NB,NL, NS, BC, AB,MB,NT,NU,PE,QC,SK,YT</p> <p style="text-align: right;">13% HST 15% HST 12% HST 5% GST</p> <p>*Student Members must fill out the following/Tous les étudiants(es) doit ajouter l'information cidessous</p> <p>University/Université: _____</p> <p>Degree in Progress/Diplôme en cours: _____</p> <p>Year of Study/Année d'étude: _____</p> <p>METHOD OF PAYMENT/MODE DE PAIEMENT:</p> <p><input type="checkbox"/> Cheque or PO/Chèque ou Mandat Postal: _____</p> <p><input type="checkbox"/> VISA <input type="checkbox"/> MC <input type="checkbox"/> AMEX Card Holder Name/Nom de détenteur de la carte: _____</p> <p>Card # / No. De la carte : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Expiration: <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> Security code: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p style="text-align: right;">Total: _____</p>
---	--