



2017 CAR Membership Invoice / Facture d'adhésion avec la CAR pour 2017

★ Required field / Champs requis

★ Name / Nom		★ Member No. / N° de membre	
★ Date		★ Email / Courriel	
★ Mailing Address / Adresse postale	<input type="checkbox"/> Bus. or <input type="checkbox"/> Res.	★ Tel. No. / N° de tél.	<input type="checkbox"/> Bus. <input type="checkbox"/> Res. <input type="checkbox"/> Cell

Please select your membership type / Veuillez sélectionner votre catégorie d'adhésion

NOTICE: In the event that you practice in the province of Alberta, British Columbia, Québec or Nova Scotia, please renew your membership directly through your provincial association.

All Membership Types include the **CAR Journal**, with exceptions(*). Regular subscription to the CAR Journal is \$171 through Elsevier.

Toutes les adhésions comprennent le **Journal de la CAR**, avec exceptions(*). Abonnement régulier au Journal de la CAR est de 171 \$ par l'entremise Elsevier.

Full Member / Membre agréé	Full-Time Practice / Pratique à temps plein	<input type="checkbox"/>	\$855
	Semi-Retired / Semi-retraité (Practicing less than 50% of the time / Pratique moins de 50 % du temps)	<input type="checkbox"/>	\$450
	First year of practice post residency / Première année de pratique après la résidence	<input type="checkbox"/>	\$425
Retired Member / Membre retraité	Continues to receive CAR material / Continue à recevoir les documents de la CAR	<input type="checkbox"/>	\$75
	Continues to receive CAR material <u>except</u> the CAR Journal (*) / Continue à recevoir les documents de la CAR, à l'exception du Journal de la CAR (*)	<input type="checkbox"/>	\$0
Member-in-Training / Membre en formation	Fellow / Boursier (incl. international) – Indicate your supervisor, institute and year of completion / Indiquez votre superviseur, l'institut et la date d'achèvement: _____	<input type="checkbox"/>	\$50
	Medical Student / Étudiant en médecine	<input type="checkbox"/>	\$25

International Member / Membre à l'étranger

Full-Time Radiologist / Radiologiste temps plein	<input type="checkbox"/>	\$450	Radiology Fellow / Boursier en rad.	<input type="checkbox"/>	\$ 50	Rad. Resident / Résident en rad.	<input type="checkbox"/>	\$ 25	Medical Student / Étudiant en méd.	<input type="checkbox"/>	\$ 25	\$ _____
--	--------------------------	-------	-------------------------------------	--------------------------	-------	----------------------------------	--------------------------	-------	------------------------------------	--------------------------	-------	----------

Donation to the Canadian Radiological Foundation (CRF) / Don à la Fondation radiologique canadienne (RFC)

CRF Charitable Registration Number: 871123337 RR0001 / Numéro d'enregistrement d'organisme de bienfaisance CRF : 871123337 RR0001

I would like my name to be publicly listed as a CRF donor. / J'aimerais que mon nom soit publiquement reconnu comme donateur de la FRC.	<input type="checkbox"/>	Yes/Oui	<input type="checkbox"/>	No/Non
I would like the category of my donation to be publicly displayed / J'aimerais que la catégorie de mon don soit publiquement affichée.	<input type="checkbox"/>	Yes/Oui	<input type="checkbox"/>	No/Non

Payment can be made by / Le paiement peut être effectué par

TOTAL

\$ _____

1. Cheque / Chèque

Payable to the order of / Libellé à l'ordre de :
Canadian Association of Radiologists /
L'Association canadienne des radiologistes

2. Direct Payment / Paiement direct

Available through online banking with Bank of Montreal, CIBC, RRB, Scotiabank and TD. Use 'Radio' to search the payee (CAR). Use your CAR membership number as your account number. /
Disponible avec les services en ligne de la Banque de Montréal, CIBC, RBC, Scotiabank et TD. Utilisez le mot-clé 'Radio' afin de retrouver le bénéficiaire (CAR). Utiliser votre numéro de membre de la CAR comme numéro de compte.

3. Credit card / Carte de crédit

Call the CAR office or complete this form and return it to the CAR office by fax, post or email. /
Appelez le bureau de la CAR ou remplissez ce formulaire et retournez-le par télécopieur, par la poste ou par courriel.

★ Full Name (as it appears on your credit card) / Nom complet (tel que sur votre carte de crédit) _____ ★ Signature: _____

★ VISA MC AMEX: _____ ★ Exp.: ____ / ____ ★ CVV/CVC code: _____

Return this completed invoice with your payment to / Veuillez renvoyer cette facture dûment remplie avec votre paiement à

Canadian Association of Radiologists / L'Association canadienne des radiologistes

600-294 rue Albert Street, Ottawa, Ontario K1P 6E6 | membership@car.ca | Fax / Téléc. : 613 860-3112