

(Les renseignements fournis dans ce formulaire permettent de vérifier l'exactitude des dossiers des AIRSC et de les mettre à jour. Vos données personnelles et professionnelles serviront uniquement à vous informer sur les AIRSC et ne seront publiées, distribuées ou fournies à aucune tierce partie sans votre autorisation expresse.)

Nom : _____

Titre : _____

Service : _____

Organisation : _____

Adresse postale : _____

Ville et province : _____ Code postal : _____

Téléphone : () _____ Poste : _____ Télécopieur : () _____

Courriel : _____

Relations antérieures (s'il en est) avec les IRSC et leurs conseils et comités (cocher les cases qui conviennent) :

 Étudiant diplômé Boursier de recherches postdoctorales Clinicien-scientifique Chercheur de carrière Titulaire d'une subvention Membre d'un CCI Autre _____

Signature: _____ Date: _____

Cotisation à payer : NOUVELLE RENOUELEMENT

La cotisation est valable pour l'année civile (janvier à décembre) et doit être payée l'année précédente :

Membre fondateur : 75 \$ _____

ou

Membre selon la charte : 75 \$ _____

or

Membre de droit : 50 \$ _____



**Prière de renvoyer ce formulaire
accompagné d'un chèque à l'ordre de :**

Amis des Instituts de recherche en santé du Canada

820, rue Sherbrook

Winnipeg (Manitoba) R3A 1R9

Contribution volontaire additionnelle : _____

Total remittance: _____