



Canadian Society of Gastroenterology Nurses & Associates

Société canadienne des infirmières et infirmiers en gastroentérologie et travailleurs associés

**CSGNA Membership ends May 31st each year**

CSGNA, #224 - 1540 Cornwall Road, Oakville, ON L6J 7W5

### MEMBERSHIP APPLICATION (CHECK ONE)

ACTIVE \$100.00

Open to nurses or other health care professionals engaged in full- or part-time gastroenterology and endoscopy procedure in supervisory, teaching, research, clinical or administrative capacities.

AFFILIATE \$100.00

Open to physicians active in gastroenterology/endoscopy, or persons engaged in any activities relevant to gastroenterology/endoscopy (includes commercial representatives on an individual basis).

RETIRED \$50.00

Open to members not actively engaged in gastroenterology nursing practice.

LIFETIME MEMBERSHIP

Appointed by CSGNA Executive.

### FORMULE D'APPLICATION (COCHEZ UN)

ACTIVE 100,00\$

Ouvert aux infirmières et autres membres de la santé engagés à plein ou demi-temps en gastroentérologie ou procédure endoscopique en temps que superviseurs, enseignants, recherches application clinique ou administrative.

AFFILIÉE 100,00\$

Ouvert aux médecins, actifs en gastroentérologie endoscopique ou personnes engagés en activités en gastroentérologie/endoscopiques incluant représentants de compagnies sur une base individuelle.

RETRAITÉ 50,00\$

Ouvert aux membres non engagés activement dans la pratique infirmière en gastroentérologie.

MEMBRE À VIE

Nomme par l'exécutif.

## APPLICANT INFORMATION / INFORMATION DU MEMBRE

Please print or type the following information / S.V.P. imprimer ou dactylographier l'information

SURNAME / NOM DE FAMILLE \_\_\_\_\_ FIRST NAME / PRÉNOM \_\_\_\_\_

MAILING ADDRESS / ADDRESS DE RETOUR \_\_\_\_\_

CITY / VILLE \_\_\_\_\_ PROV. / PROV. \_\_\_\_\_ POSTAL CODE / CODE POSTAL \_\_\_\_\_ HOME PHONE / TELEPHONE ( ) \_\_\_\_\_

E-MAIL: \_\_\_\_\_

HOSPITAL/OFFICE/COMPANY NAME / NOM DE HÔPITAL/BUREAU/COMPAGNIE \_\_\_\_\_

BUSINESS PHONE / TELEPHONE TRAVAIL ( ) \_\_\_\_\_ EXT. LOCAL \_\_\_\_\_

TITLE/POSITION \_\_\_\_\_

CHAPTER NAME / NOM DU CHAPITRE \_\_\_\_\_

EDUCATION (CHECK ONE) / ÉDUCATION (COCHEZ UN)  RN IA  RPN/LPN I AUX  TECH TECH  OTHER ((EXPLAIN) / AUTRE (SPÉCIFIEZ) \_\_\_\_\_

CNA MEMBER YES/NO / MEMBRE AIC OUI/NON  CNA CERTIFICATION IN GASTROENTEROLOGY / CERTIFICATION EN GASTROENTÉROLOGIE DE L'AIIC

MEMBERSHIP (CHECK ONE) / ABONNEMENT (COCHEZ UN)  RENEWAL / RÉNOUVELLEMENT  NEW / NOUVEAU

Please make cheque payable to CSGNA (Mail with this completed application to the above address)

Prière de libeller le chèque à CSGNA (Envoyez avec cette formule d'application dûment remplie à l'adresse ci-haut mentionnée.)

Language: English \_\_\_\_\_ French \_\_\_\_\_ Bilingual \_\_\_\_\_