

CAGPO-ACMOO MEMBERSHIP ADHÉSION À CAGPO-ACMOO

Thank you for your interest and support of our organization! Membership dues are **\$100** for full and part time physicians; **\$50** for retired physicians, and **FREE** for medical students and family medicine residents.

*Nous vous remercions de votre intérêt envers notre organisation ainsi que de votre soutien. Les frais d'adhésion sont de **100,00 \$** pour les médecins, **50,00 \$** pour les médecins retraités et **GRATUITS** pour les résidents.*

----- ✂ -----
We invite you to register online at www.cagpo.ca/membership or complete the following and return this portion with your payment. Please make your cheque payable to CAGPO.

Nous vous invitons à vous inscrire en ligne www.cagpo.ca/membership ou veuillez remplir cette partie et la retourner accompagnée de votre paiement. Veuillez libeller votre chèque à l'ordre de l'ACMOO.

**CAGPO – ACMOO
c/o de Lynne Savage
1559 Alta Vista Drive
PO Box 59033
Ottawa, Ontario
K1G 5T7**

First name / Prénom _____

Last name / Nom _____

Facility / Établissement _____

Address / Adresse _____

City / Ville _____

Province _____ Postal Code / Code postal _____

Phone / Téléphone () _____

Fax / Télécopieur () _____

E-mail / Courriel _____

CAGPO Privacy Policy

CAGPO may provide your contact information to cancer agencies and other organizations for the purposes of informing you of cancer-related educational events or publications that the Executive of CAGPO has reviewed and feels would be of interest to our membership.

- CHECK HERE if you WISH TO HAVE your contact information shared in this way.
- CHECK HERE if you DO NOT want to have your contact information shared in this way.

Politique de l'ACMOO sur la protection des renseignements personnels

Il est possible que l'ACMOO transmette vos coordonnées à des organismes de lutte contre le cancer et à d'autres organisations qui désirent vous informer de publications ou d'activités de formation sur que le conseil d'administration de l'ACMOO a jugé d'intérêt pour nos membres.

- VEUILLEZ COCHER cette case SI VOUS VOULEZ que vos coordonnées soient transmises de cette façon.
- VEUILLEZ COCHER cette case si vous ne voulez PAS que vos coordonnées soient transmises de cette façon.