

**– SOCIÉTÉ CANADIENNE DE ZOOLOGIE – RENOUELEMENT 2016 –**

**COORDONNÉES:**

Nom : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Ville : \_\_\_\_\_ Province/Etat : \_\_\_\_\_  
Pays : \_\_\_\_\_ Code postal: \_\_\_\_\_  
Tél: \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_ Courriel: \_\_\_\_\_

☐ **Cocher pour consentir à recevoir les courriels de la SCZ. (Il est possible de retirer son consentement à tout moment.)**

☐ Oui ☐ Non Êtes-vous d'accord pour que votre nom et vos coordonnées soient publiés dans notre *Registre des membres*?

**AFFILIATION DE SECTION:** Prière de cocher la bonne case(es) ci-dessous

- ☐ MDC (Morphologie et développement comparées)  
☐ PBC (Physiologie & biochimie comparées)  
☐ ÉÉÉ (Écologie, éthologie, évolution)  
☐ PIE (Parasitisme, Immunité et Environnement)  
☐ O (Aucune)

**CATÉGORIE:** Prière de cocher la bonne case(es) ci-dessous

Régulier	<input type="checkbox"/>	1-an (\$80)	<input type="checkbox"/>	2-ans (\$140)	\$ _____
Émérite	<input type="checkbox"/>	1 an (\$20)	<input type="checkbox"/>	2- ans (\$25)	
Stagiaire post-doctoral	<input type="checkbox"/>	1-an (\$20)	<input type="checkbox"/>	2- ans (\$25)	
Étudiant	<input type="checkbox"/>	1-an (\$20)	<input type="checkbox"/>	2- ans (\$25)	
Associé	<input type="checkbox"/>	1-an (\$20)	<input type="checkbox"/>	2- ans (\$25)	

**DON AUX FEZ:** Optionnel (Organisme bénévole canadien enregistré BN 88756 3864 RR0001)

Fonds pour le soutien général (les prix Fry, Hoar, Battle, Margolis ...) \$ \_\_\_\_\_  
Fond pour le prix Hall (prix de section MDC) \$ \_\_\_\_\_  
Fond pour le prix Holeton (prix de section PBC) \$ \_\_\_\_\_  
Fond pour le prix Lindsey (prix de section ÉÉÉ) \$ \_\_\_\_\_  
Fond pour le prix Fallis (prix de section PIE) \$ \_\_\_\_\_

**TOTAL** \$ \_\_\_\_\_

**MÉTHODE DE PAIEMENT:**

☐ Chèque (à l'ordre de: **Canadian Society of Zoologists**) ☐ Visa ☐ Mastercard

*Si vous payez par carte de crédit, fournir les informations suivantes :*

No. de carte: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Date d'expiration: \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Nom du titulaire: \_\_\_\_\_

Signature du titulaire: \_\_\_\_\_

**RETOURNER À:**

Dr. K. Tierney, CSZ Treasurer, CW405 BioSci Bldg. , Univ. Alberta, Edmonton, AB CANADA T6G 2E9

**POLITIQUE DE CONFIDENTIALITÉ:** LA POLITIQUE DE CONFIDENTIALITÉ DE LA SCZ EST DISPONIBLE: [www.csz-scz.ca/](http://www.csz-scz.ca/)