

Vérification de la certification de la SCSLM

M^{me} M^{lle} M. No. ID SCSLM: _____

Nom: _____

Prénom	Nom de famille	Initiale	Ancien nom (le cas échéant)
--------	----------------	----------	-----------------------------

Adresse: _____
 Ville: _____ Province: _____
 Pays : _____ Code postal: _____
 Téléphone : _____ Courriel : _____

Le paiement doit être annexé à ce formulaire.

Les frais de ce service: 75 \$ pour **les membres**
100 \$ pour **les non-membres**

Ce service s'offre uniquement aux personnes ayant passé et réussi un examen de certification de la SCSLM.

Faites parvenir le formulaire de demande rempli et le paiement par la poste, par télécopieur ou courriel à:

Société canadienne de science de laboratoire médical (SCSLM)
33 Wellington Street N.
Hamilton ON L8R 1M7

Tél.: (905) 528-8642, (800) 263-8277 | **Télec.:** (905) 528-4968 | **Courriel:** certification@csmls.org

Organismes de réglementation – la SCSLM fera parvenir en votre nom une lettre apposée d'un sceau officiel attestant de vos titres de compétences relativement à votre certification SCSLM directement à l'organisme de réglementation de votre choix.

Agences de contrôle des visas – la SCSLM fera parvenir en votre nom le formulaire de visa que vous présentez et une lettre apposée d'un sceau officiel attestant de vos titres de compétences relativement à votre certification SCSLM directement à l'agence de votre choix.

Autre – la SCSLM fera parvenir une lettre apposée d'un sceau officiel attestant de vos titres de compétences relativement à votre certification SCSLM à l'endroit de votre choix.

À noter: la SCSLM n'est pas un organisme d'attribution de permis ni un organisme de réglementation.

- Nous ne maintenons pas de dossiers au sujet de plaintes ou de mesures disciplinaires.
- Nous ne conservons pas de renseignements relatifs à la date de naissance.
- Nous n'exécutons pas de formulaires de validation demandant l'autorisation d'exercer, l'obtention de diplômes ou l'information d'inscription, car ils ne s'appliquent pas.

Vérification de la certification de la SCSLM

No. ID SCSLM: _____

Veillez fournir les renseignements suivants (le cas échéant):

1. Type de certification SCSLM atteint: _____ Date de réception: _____
2. Type de certification SCSLM atteint : _____ Date de réception : _____
3. Type de certification SCSLM atteint : _____ Date de réception : _____

À quelle adresse souhaitez-vous que vos documents soient envoyés?

Lieu/Nom: _____

Adresse: _____

Ville: _____ Province: _____

Pays: _____ Code postal: _____

Toute demande de vérification de la certification n'est expédiée que par la poste.

Déclaration du requérant :

En signant cette demande, je déclare ce qui suit:

- J'ai rempli ce formulaire de demande et annexé les frais **non remboursables** de:
 - 75 \$ (membres) ou 100 \$ (non-membres);
- J'ai inclus un montant supplémentaire de 50,00 \$ pour faire parvenir mes documents aux É.-U. par service de messagerie (livraison de 3 jours);
- J'ai inclus une copie de mon formulaire d'agence de contrôle des visas;
- J'ai inclus une copie d'une demande de vérification des titres de compétences.

Signature: _____

Date : _____

LES PAIEMENTS DOIVENT ÊTRE EN DOLLARS CANADIENS.	
Canada & International: <input type="checkbox"/> MasterCard <input type="checkbox"/> Visa <input type="checkbox"/> Amex ou Canada Only: <input type="checkbox"/> Chèque <input type="checkbox"/> Mandat Faites votre chèque ou mandat à l'ordre de la Société canadienne de science de laboratoire médical, ou SCSLM. Si votre paiement nous est retourné en raison de provision insuffisante, on vous prélèvera des frais de 25\$.	RÉSERVÉ À LA SCSLM Date de réception: _____
Titulaire de la carte :	
Carte de crédit :	
Date d'expiration :	