

## Formulaire d'inscription à l'examen de certification nationale SCSLM

### Renseignements personnels :

 M<sup>me</sup>    M.

N° SCSLM : \_\_\_\_\_

Nom de famille (en lettres moulées ci-dessus)	Prénom	Initiale du 2 <sup>e</sup> prénom
Adresse	Ville	Province
		Code postal
Téléphone (domicile)	Téléphone (bureau)	
Télécopieur	Courriel	
<b>Type d'examen :</b> ( <input checked="" type="checkbox"/> cochez un ci-dessous)		
<input type="checkbox"/> TLM générale <input type="checkbox"/> Février <input type="checkbox"/> Juin <input type="checkbox"/> Génétique clinique <input type="checkbox"/> Août (seulement ALM) <input type="checkbox"/> Octobre <input type="checkbox"/> Cytologie diagnostique <input type="checkbox"/> ALM		
<b>Session d'examen :</b> ( <input checked="" type="checkbox"/> cochez un ci-dessous)		

### Veillez remplir tous les renseignements suivants : ( cochez ci-dessous)

J'ai lu et j'accepte de respecter les conditions énoncées dans le Guide d'examen de la SCSLM (politiques, procédures, règles et conditions d'admissibilité).	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Langue d'examen	<input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais
Ai-je reçu ma formation dans un programme canadien agréé EQual™?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Quel est le nom de ce programme et le lieu du campus?	
Je suis candidat(e) à l'évaluation des connaissances acquises (ECA) de la SCSLM et j'ai reçu une déclaration d'admissibilité.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Veillez inclure mon nom sur la liste des membres récemment certifiés. Je comprends qu'en vous donnant cette autorisation, je consens à ce que mon nom soit affiché/publié par la SCSLM.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Je comprends que si j'ai besoin d'aménagements spéciaux, je dois contacter le bureau de la SCSLM avant le début de la période d'inscription. L'INSCRIPTION EN LIGNE N'EST PAS PERMISE. Je comprends que si je m'inscris en ligne, ma demande d'aménagements spéciaux sera refusée.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Je comprends que si j'annule mon examen, ou si je suis déclaré(e) non admissible, moins de quatorze (14) jours avant la date d'examen, je ne recevrai pas de remboursement et je peux perdre une tentative.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Je comprends que le prénom et le nom de famille indiqués sur ma pièce d'identité avec photo, émise par le gouvernement, doivent être identiques au prénom et au nom de famille indiqués sur la demande d'examen. Si ces noms ne sont pas pareils, j'accepte que je ne serai pas admis(e) dans l'examen et je ne recevrai pas de remboursement.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Je comprends que ma pièce d'identité avec photo, émise par le gouvernement, doit être valide et courante. Si elle est invalide ou périmée, j'accepte que je ne serai pas admis(e) dans l'examen et je ne recevrai pas de remboursement.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

**Frais d'examen :**

Discipline/Session d'examen :	Résident(e) du Canada		Non-résident(e) du Canada	
	Membre	Non-membre	Membre	Non-membre
<b>TLM générale</b>				
Avant la date limite hâtive	955 \$	1 255 \$	1 859 \$	2 159 \$
Après la date limite hâtive	1 135 \$	1 435 \$	2 044 \$	2 344 \$
<b>Génétique clinique et Cytologie diagnostique</b>				
Avant la date limite hâtive	1 125 \$	1 425 \$	2 230 \$	2 530 \$
Après la date limite hâtive	1 305 \$	1 635 \$	2 410 \$	2 710 \$
<b>Adjoint de laboratoire médical</b>				
Avant la date limite hâtive	205 \$	405 \$	s.o.	
Après la date limite hâtive	345 \$	545 \$	s.o.	s.o.

**Déclaration du (de la) candidat(e) :**

En signant cette déclaration :

- Je déclare que les **informations susmentionnées** sont exactes et je propose par la présente ma candidature à l'examen de certification de la SCSLM.
- Je comprends que l'**acceptation finale** à l'examen de certification signifie que **j'ai satisfait à toutes les conditions d'admissibilité.**
- Je comprends qu'une **portion des frais d'examen est non remboursable.**
- Je comprends que **le coût d'un certificat n'est pas compris** dans les frais d'examen.
- Je comprends que les renseignements relatifs à **mon inscription et à mon examen peuvent être partagés avec les autorités réglementaires provinciales** canadiennes.

_____ Nom en lettre moulées	_____ Signature	_____ Date
--------------------------------	--------------------	---------------

<b>Les paiements par carte de crédit nigérienne ou provenant d'une banque nigérienne ne seront pas acceptés</b>	<b>TOTAL DES FRAIS VERSÉS :</b>
<input type="checkbox"/> Chèque <b>canadien</b> ou <input type="checkbox"/> Mandat <b>canadien</b> ; <b>OU</b> <input type="checkbox"/> MasterCard <input type="checkbox"/> Visa <input type="checkbox"/> AMEX	
Nom figurant sur la carte :	<b>RÉSERVÉ À LA SCSLM</b>
N° de carte de crédit :	Date de réception :
Date d'expiration :	Date de traitement :

Les paiements doivent être faits en dollars canadiens. Chèque canadien ou mandat canadien (les deux payables 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 25,00 \$. Les méthodes de paiement acceptables sont par Visa, MasterCard, American Express. Si vous êtes à l'extérieur du Canada, vous devez payer par carte de crédit seulement. On n'acceptera pas de mandats ou de traites bancaires provenant de l'extérieur du Canada et votre demande vous sera retournée.

Société canadienne de science de laboratoire médical

Adresse : 33 Wellington St N Hamilton (ON) L8R 1M7

**Tél. :** (905) 528-8642 ou (800) 263-8277 **Télé. :** (905) 528-4968 **Courriel :** exam@csmls.org