

FORMULAIRE D'ABONNEMENT  
JOURNAL CANADIEN DE SCIENCE DE LABORATOIRE MÉDICAL

**Fréquence : 3 publications par année**

*Les abonnements portent sur une période de 12 mois*

**Prix par abonnement (fonds canadiens seulement)**

Canada	50,00 \$ plus la TPS (total de 52.50 \$)
É.-U.	65,00 \$
Autres pays	99,00 \$ (poste aérienne)

Inscription TPS : 10686 6957

**Rabais d'agence : 10 %**

*La période d'abonnement est d'une année civile, peu importe la date d'achat de l'abonnement.  
Les annulations ne sont pas acceptées et aucun remboursement ne sera versé.*

- Version française**      **ou**       **Version anglaise**  
 **Nouvel abonnement**      **ou**       **Renouvellement**

**Renseignements sur le paiement :**

Si vous résidez hors du Canada, il faut payer par carte de crédit seulement; nous acceptons Visa, MasterCard ou American Express. Le paiement par chèque, mandat ou traite bancaire **ne sera pas** accepté et il vous sera retourné avec votre bon de commande.

**Au Canada** – Votre paiement par chèque, mandat ou traite bancaire devrait être fait à l'ordre de : **SCSLM** et envoyé par la poste à : Société canadienne de science de laboratoire médical, 33 Wellington St. N., Hamilton (ON) L8R 1M7

**Carte de crédit** – Si vous utilisez une carte de crédit, vous pouvez envoyer ce formulaire à la SCSLM par télécopieur au 905-528-4968, ou par courriel à [memserv@csmls.org](mailto:memserv@csmls.org) sous forme de fichier PDF.

- Visa       Mastercard       American Express

N° de carte \_\_\_\_\_ Date d'expiration \_\_\_\_\_

Titulaire \_\_\_\_\_ Signature \_\_\_\_\_

**Renseignements sur l'abonné (en lettres moulées) :**

Agence d'abonnement (le cas échéant) \_\_\_\_\_

Nom de l'abonné \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_

Province \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_

N° de téléphone (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Courriel \_\_\_\_\_