

Membership form / Formule d'adhésion

[sites@utoronto.ca/cims](mailto:sites@utoronto.ca/cims)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Please indicate/Veuillez indiquer:**  New/nouvelle\_\_\_\_ Renewal/renouvellement\_\_\_\_  Paid by/Payée par\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Membership year/année d’adhésion:**  **2017 Jan.-Dec.**  **Chapter / Chapitre:** Ottawa    **Date**:­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Name / Nom  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Title / Titre  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Address / Adresse  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Postal code / Code postal  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Institution  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Tel / Tél: Home /Rés Office / Bureau  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Email / Courriel  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **N.B.** I consent to a resolution not to appoint a public accountant for the Institute for its fiscal year ending December 31, 2017.  J’approuve la résolution de ne pas désigner un comptable pour l’Institut pour l’année fiscale se terminant le 31 décembre 2017  Signature­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Charitable Organization #106863319RR0001  A receipt for income tax purposes will be issued for the maximum amount permitted under the Income Tax Act.  Toute somme qui dépassera la cotisation requise sera traitée comme contribution et un reçu officiel sur le revenu sera dûment expédié au donateur. | Annual fee / cotisation annuelle\*   |  |  | | --- | --- | | \_\_Regular member/Membre ordinaire | 50 | | \_\_Family/Famille | 75 | | \_\_Senior/Âge d'or | 30 | | \_\_Student/Étudiant\*\* | 20 |   \* Outside Canada, amount to be paid in U.S. funds.  A l'extérieur du Canada ces montants doivent être versés en devises U.S.  \*\* Please send a photocopy of full-time student card.  Veuillez nous faire parvenir photocopie de votre carte d'étudiant à plein-temps.  Please make cheque payable to Canadian Institute for Mediterranean Studies.  Prière de libeller votre chèque à l'ordre de l'Institut  canadien d'études méditerranéennes.  Please mail with cheque to / prière d’expédier avec votre chèque à:  Canadian Institute for Mediterranean Studies,  c/o W. Wynne-Jones  504-2220 Halifax Drive  Ottawa, On K1G 2W7  The Institute collects limited personal information on members such as name, address, telephone and fax number, and email address. This information is used only for sending information to our members. Occasionally we participate with other cultural organizations inviting our members to events co-sponsored with CIMS. We take precautions to ensure that your personal information is retained in confidence. If you do not want your personal information collected or used for the purposes identified above, please notify us in writing, bearing in mind that we must use this information in order to send you our event notices.  L'institut rassemble de l'information personnelle sur ses membres y compris le nom, l'adresse, le numéro de téléphone et de fax ainsi que l’adresse courriel. Cette information sert uniquement pour des envois à nos membres. Nous participons occasionellement à des événements en partenariat avec d'autres organismes culturels pour lesquels des invitations vous sont adressées. Nous prenons des précautions pour nous assurer que votre information personnelle demeure confidentielle. Si vous ne désirez pas que votre information personnelle soit rassemblée ou utilisée pour les buts identifiés ci-dessus, svp avisez-nous par écrit, tenant compte que nous devons nous servir de cette information afin de vous expédier nos invitations. |