



Membership Application/Demande D'Adhesion

Required Information / Renseignements Obligatoires

Name / Nom: _____

Address / Adresse: _____

City / Ville: _____

Province / Province: _____

Postal Code / Code Postal: _____

Membership / Admission: Regular / Régulier Student / Étudiant(e)

Telephone / Téléphone: _____

Email Address / Courrier électronique: _____

Credit Card / Carte de Crédit: MasterCard VISA

Card Number / Numéro de la carte: _____

Name on Card / Nom inscrit sur la carte: _____

Expiration Date / Date d'expiration: _____

Optional Information / Renseignement Facultatif

Fax / Télécopie: _____

Current Research / Recherche Courante: _____

Degrees / Diplôme: _____

Areas of Research / Intérêts de recherche: _____

Signature: _____

Date: _____

Secretariat, Canadian Society for Biomechanics
c/o Dr. Darren J. Stefanyshyn
Faculty of Kinesiology
University of Calgary
2500 University Drive NW
Calgary, Alberta, Canada, T2N 1N4

Send this form with your remittance to:
Renvoyer ce formulaire avec votre cotisation à: