



## SOCIÉTÉ CANADIENNE DE SCIENCE DE LABORATOIRE MÉDICAL

Demande de relevés de notes ou vérification des titres de compétences de la SCSLM

### POLITIQUE :

- Frais : **membre** : 25 \$ CAN. **Non-membre** : 50 \$ CAN, accompagnant le formulaire de demande.
- Demandes de vérification des titres de compétences par Visa Screen – joindre à la demande le formulaire approprié.
- Les demandes doivent être signées par le candidat.

M.

Mme

N° id. SCSLM : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nom Prénom Second prénom

\_\_\_\_\_  
Ancien(s) nom(s)

\_\_\_\_\_  
Adresse Ville Province Code postal

\_\_\_\_\_  
Téléphone Courriel

-----  
Type de certification : \_\_\_\_\_

Date d'obtention de la certification : \_\_\_\_\_

Commentaires additionnels : \_\_\_\_\_

-----  
Veuillez émettre les documents suivants :

- Relevés des résultats d'exams de la SCSLM
- Vérification des titres de compétences de la SCSLM (pour Visa Screen – joindre le formulaire approprié)

Date: \_\_\_\_\_ Signature: \_\_\_\_\_

Faites parvenir à l'adresse suivante :

\_\_\_\_\_  
Nom

\_\_\_\_\_  
Adresse postale complète

\_\_\_\_\_  
Téléphone Télécopieur

Ci-joint paiement de \_\_\_\_\_ \$ CAN

Chèque  Mandat-poste  MasterCard  Visa

No carte de crédit : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Date d'expiration : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Nom du détenteur de la carte de crédit: \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_