

We appreciate your interest in the CWSS. With your participation, we look forward to sharing and disseminating weed science knowledge in Canada. Membership includes the newsletters, free access to our web site and discounts on meeting registration. Membership is for the calendar year.

Nous apprécions l'intérêt que vous portez à la SCM. Grâce à votre participation, nous pourrions continuer à partager et disséminer nos connaissances en malherbologie au Canada. Les membres reçoivent les bulletins de nouvelles, ont accès libre à notre site web et bénéficient d'un rabais sur les frais d'inscriptions aux réunions. L'adhésion est du premier janvier au 31 décembre.

Name / Nom :		
Affiliation :		
Address / Adresse :		Province :
City / Ville :		
Country / Pays		Postal Code/ postal :
Tel :		Fax :
E-mail / Courriel :		

**Please join the CWSS in one of the following categories / SVP joignez-vous à la SCM en sélectionnant une catégorie de membre**

Regular: (Educators, extension agents, government employees, growers, commercialization agents, regulators, researchers) / Régulier: (Professeurs, vulgarisateurs, employés du gouvernement, producteurs, agents decommercialisation, régulateurs, chercheurs)	100 \$ / year 100 \$ / an	\$
Student: (Any person registered in a full time course at a recognized school, college or university) / Étudiant: (Toute personne inscrite à plein temps dans un cours dans une institution d'enseignement reconnue, un collège ou une université)	\$0 / year \$0 / an With supervisor's signature/ Avec la signature du surveillant	\$
Supervisor's signature: / Signature du surveillant: _____		
Retired: (Any person that has retired) Retraité: (Toute personne qui a pris sa retraite)	25 \$ / year 25 \$ / an	
Total		\$

<b>Method of payment / Méthode de paiement</b>	<b>When you pay by credit card, you can use either fax or phone.</b> <b>Vous pouvez utiliser le téléphone ou le télécopieur si vous payez par carte de crédit.</b>
--	---

• **Credit Card:** Please charge the following card:

**MasterCard VISA Card Number :** \_\_\_\_\_

**Expiration date:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ **Signature:** \_\_\_\_\_  
Month Year

**Cheque :** Please make cheque payable to CWSS-SCM

**Money order :** Please make money order payable to CWSS-SCM

**Complete this form and return with your payment, payable to CWSS, to: / Veuillez compléter ce formulaire et l'envoyer avec votre paiement au nom de la SCM à:**

Executive Assistant, CWSS-SCM, P.O. Box 674 Pinawa MB R0E 1L0

Telephone: (204) 753-2915 Fax: (204) 753-2363

Our web site is: [www.cwss-scm.ca](http://www.cwss-scm.ca) Notre site web est: [www.cwss-scm.ca](http://www.cwss-scm.ca)