

CLUB IMAX® CLUB

demande d'adhésion / registration form



MUSÉE CANADIEN DES CIVILISATIONS
CANADIAN MUSEUM OF CIVILIZATION

CARACTÈRES D'IMPRIMERIE / PLEASE PRINT

CORRESPONDANCE CORRESPONDENCE	<input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> English	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> M. Mr.	<input type="checkbox"/> Mme Mrs.	<input type="checkbox"/> Ms.
----------------------------------	-----------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------	------------------------------------	--------------------------------------	------------------------------

PRÉNOM / FIRST NAME _____ NOM DE FAMILLE / LAST NAME _____

ADRESSE / ADDRESS _____

VILLE / CITY _____ PROVINCE _____ CODE POSTAL / POSTAL CODE _____

TÉLÉPHONE / TELEPHONE _____ COURRIEL / E-MAIL _____ ANNÉE DE NAISSANCE / BIRTH YEAR _____

SI PLUS D'UN MEMBRE À CETTE ADRESSE, QUI EST LE CONTACT PRINCIPAL ?
IF MORE THAN ONE MEMBRE AT THIS ADDRESS, WHO IS THE MAIN CONTACT? _____

RECEVRA L'INFORMATION DU CLUB/ WILL RECEIVE CLUB INFORMATION _____

COMBIEN DE FOIS AVEZ-VOUS VISITÉ LE THÉÂTRE IMAX DANS LES DOUZE DERNIERS MOIS?
HOW MANY TIMES DID YOU VISIT THE IMAX THEATRE IN THE PAST 12 MONTHS? _____

PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS :	PRIVACY ACT:
Toute information personnelle recueillie par la Société du Musée canadien des civilisations est protégée par la Loi fédérale sur la <i>protection des renseignements personnels</i> .	The Canadian Museum of Civilization Corporation is committed to respecting the personal privacy of individuals. All personal information held or collected by the Canadian Museum of Civilization is protected under the federal <i>Privacy Act</i> .
Parfois, nous communiquons avec nos abonnés pour leur faire part d'offres spéciales, de promotions ou d'autres activités qui pourraient les intéresser. Si, toutefois, vous préférez que l'on enlève de nos fichiers internes l'information personnelle qui vous concerne (nom, adresse, numéro de téléphone et/ou courriel, ou toute autre information personnelle), veuillez nous l'indiquer en cochant ci-dessous.	Sometimes we contact our subscribers regarding special offers, promotions or other activities that might be of interest. At any time, you may choose to have your information (name, street address, phone number and/or e-mail or other personal information) removed from our internal files. To do so, simply check the box below, or contact the Membership Desk.
Il est possible que parfois nous communiquons les renseignements personnels de nos abonnés à des partenaires du Musée pour des raisons de marketing. Si vous acceptez que vos coordonnées soient communiquées, indiquez-le en cochant ci-dessous.	Occasionally, we share our subscriber database with museum partners for marketing purposes. If you wish to allow the Canadian Museum of Civilization to release your contact information to our partners, please check the box below.
<input type="checkbox"/> Veuillez retirer mon information personnelle de vos fichiers internes (à l'exception des fichiers du CLUB IMAX).	<input type="checkbox"/> Please remove my personal information from your internal files (with the exception of IMAX CLUB files).
<input type="checkbox"/> J'accepte que mes informations personnelles soient communiquées à des partenaires du Musée.	<input type="checkbox"/> I agree to the release of my contact information to museum partners.
Signature obligatoire : X _____	Mandatory signature: X _____

USAGE INTERNE INTERNAL USE	<input type="checkbox"/> Nouvelle adhésion / New Membership <input type="checkbox"/> Renouvellement / Renewal <input type="checkbox"/> Cadeau / Gift	<input type="checkbox"/> Senior 65+ <input type="checkbox"/> Student	<input type="checkbox"/> Adult <input type="checkbox"/> Child 3-12	ALL DONE
	Date d'achat Date of purchase _____	<input type="checkbox"/> VISA <input type="checkbox"/> Master Card <input type="checkbox"/> AmEx	<input type="checkbox"/> Debit <input type="checkbox"/> Cheque	
	# Vente VISTA VISTA sale # _____	CADEAU / GIFT <input type="checkbox"/> Envoyer au membre/Send to member <input type="checkbox"/> à l'acheteur / Send to purchaser: _____		
	# de membre IMAX IMAX membership # _____			
	ID du constituant Constituent ID _____			
Date d'expiration Expiry date _____	CARTE CARD	<input type="checkbox"/> Made <input type="checkbox"/> To make	<input type="checkbox"/> Given <input type="checkbox"/> Mail <input type="checkbox"/> Pick up	

REPRÉSENTANT / REPRESENTATIVE _____