

## Supplemental Documentation Review Application Demande de révision des documents supplémentaires

<b>Applicant Information/ Information Relative aux Demandeurs</b>		<b>CSMLS ID#/ N° de SCSLM :</b>	
<b>Last Name/ Nom de famille :</b>		<b>First Name/ Prénom :</b>	
<b>Address/ Adresse :</b>			
<b>City/ Ville:</b>		<b>Province:</b>	
<b>Postal Code/ Code Postal :</b>	<b>Country/ Pays :</b>		
<b>Telephone/ Téléphone No :</b>	<b>Email/ Courriel :</b>		

You have ninety (90) days from the date on your report to send in this application, if you think submitting additional documents may change your result.

**We will accept supplemental documents ONLY from the institutions you included on your original Prior Learning Assessment application form.**

List which additional documents the issuing institutions will send to us. We must receive the documents within ninety (90) days of receiving this application. If we do not receive the listed documents within ninety (90) days after we receive your application, we will cancel this application.

Vous avez quatre-vingt-dix (90) jours à compter de la date de votre rapport pour envoyer cette demande, si vous croyez que la soumission de documents supplémentaires changera votre résultat.

**Nous accepterons des documents supplémentaires provenant SEULEMENT des établissements indiqués dans votre demande initiale d'évaluation des connaissances acquises.**

Précisez quels documents supplémentaires seront expédiés par les établissements émetteurs. Il faut que nous recevions ces documents dans les quatre-vingt-dix (90) jours à compter de la date de réception de cette demande. Si nous ne recevons pas les documents énumérés dans les quatre-vingt-dix (90) jours, nous annulerons cette demande.

I am submitting the following additional document(s) listed on my original PLA application/  
Je présente les documents supplémentaires suivants :

<b>Institution Name/ nom de l'établissement</b>	<b>Documents Submitted</b> (clinical work experience, detailed course outlines, etc.) <b>Documents soumis</b> (d'expérience Clinique, description détaillée de chaque cours, etc.)
1.	
2.	
3.	
4.	

CSMLS ID #/ N° de SCSLM : \_\_\_\_\_

I have enclosed the **non-refundable fee** of (choose one)  
J'ai annexé les **frais non remboursables** de (choisissez-en un) :

<b><u>MLI/TLM</u></b>	
<input type="checkbox"/> \$165 Member/ Membre	<input type="checkbox"/> \$220 Non-Member/ Non-Membre
<b><u>MLA/ALM</u></b>	
<input type="checkbox"/> \$105 Member/ Membre	<input type="checkbox"/> \$140 Non-Member/ Non-Membre

**Applicant Statement:**  
I understand that:

- I am required to abide by the current CSMLS policies and procedures;
- This process may or may not change my PLA outcome.

**Déclaration du candidat / de la candidate :**  
Je comprends que :

- je dois respecter les politiques et les procédures actuelles de la SCSLM ;
- ce(tte) processus peut ou non modifier le résultat d'ECA.

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Date

<b>Payments must be in Canadian funds./ Les paiements doivent être faits en dollars canadiens.</b>			
<input type="checkbox"/> <b>Mastercard or/ où</b> <input type="checkbox"/> <b>Visa</b> <input type="checkbox"/> <b>or/ où</b> <input type="checkbox"/> <b>AMEX</b> Due to PayPal security restrictions we are unable to accept credit card payments from some countries. Contact <a href="mailto:info@csmls.org">info@csmls.org</a> for assistance, if required. En raison de restrictions de sécurité imposées par PayPal, nous ne sommes pas en mesure d'accepter les paiements par carte de crédit de certains pays. Contactez <a href="mailto:info@csmls.org">info@csmls.org</a> si vous avez besoin d'aide.	<b>Or/ Où Canadian/ Canadien :</b> <input type="checkbox"/> <b>Cheque/ Chèque or/ où</b> <input type="checkbox"/> <b>Money Order/ Mandat</b> Canadian cheques or Canadian money orders are payable to the Canadian Society for Medical Laboratory Science or CSMLS. If your payment is returned for insufficient funds, a \$25.00 NSF fee will be charged. Les chèques canadiens ou les mandats canadiens sont payables à la Société canadienne de science de laboratoire médical, ou SCSLM. Si votre paiement est retourné en raison de provision insuffisante, on vous prélèvera des frais de 25,00 \$.		
Name on Card/ Nom sur la carte :			
Credit Card #/ N° de carte de crédit :	Exp Date/ Date d'exp.:		
<b>RESERVED FOR CSMLS/ RÉSERVÉ À LA SCSLM</b>			
Fee Paid:	Date Received:	Reviewed by:	Review Date: