



2018-2019

# FORMULAIRE D'ADHÉSION

## COTISATION

Catégorie	Pour 1 an jusqu'au 31 juillet 2019	Pour 2 ans jusqu'au 31 juillet 2020	
Médecins	<input type="checkbox"/> 395 \$ + taxes: <b>454,15 \$</b>	Une économie de <b>95 \$ &gt;</b>	<input type="checkbox"/> 695 \$ + taxes: <b>799,08 \$</b>
Médecins retraités	<input type="checkbox"/> 130 \$ + taxes: <b>149,47 \$</b>	Une économie de <b>30 \$ &gt;</b>	<input type="checkbox"/> 230 \$ + taxes: <b>264,44 \$</b>
Médecins résidents*	<input type="checkbox"/> 140 \$ + taxes: <b>160,97 \$</b>	Une économie de <b>35 \$ &gt;</b>	<input type="checkbox"/> 245 \$ + taxes: <b>281,69 \$</b>
Étudiants*	<input type="checkbox"/> <b>GRATUIT</b>	Année prévue de graduation:	Université de graduation:
Associés	<input type="checkbox"/> 395 \$ + taxes: <b>454,15 \$</b>	Une économie de <b>95 \$ &gt;</b>	<input type="checkbox"/> 695 \$ + taxes: <b>799,08 \$</b>

Adhérez en ligne sur [medecinsfrancophones.ca](http://medecinsfrancophones.ca) et accédez à votre profil en cliquant sur **connexion membre**.

Mot de passe oublié ?

Votre Numéro d'identification:

Votre Courriel:

\*Inscrits dans une université canadienne en médecine.

Tarif spécial pour congé de maternité sur demande

Numéro de permis  F  H Date de naissance

## PAIEMENT

Date du paiement  Montant

En ligne sur [medecinsfrancophones.ca](http://medecinsfrancophones.ca) ou sur le site de votre institution bancaire

Par chèque à l'ordre de Médecins francophones du Canada

Par carte de crédit

Numéro de la carte de crédit

/

Échéance

Code de sécurité  
(3 chiffres au dos  
de votre carte)

MasterCard

Visa

Signature

Inscrire lisiblement le nom en lettres moulées

## VOS COORDONNÉES AU VERSO

En adhérant à Médecins francophones du Canada, les renseignements que vous nous communiquez sur le présent formulaire seront utilisés conformément aux lois applicables à Médecins francophones du Canada. Nos banques de renseignements personnels sont strictement confidentielles. Elles ne sont partagées avec aucune autre organisation, à l'exception des collaborateurs, partenaires et fournisseurs contractuels qui peuvent en recevoir une liste nominative. Pour de plus amples informations, veuillez communiquer avec nous.



## VOS COORDONNÉES

Adresse de résidence		Adresse professionnelle	
Adresse		Nom de l'institution	
Ville		Adresse	
Province		Ville	
Code postal		Province	
Adresse de correspondance :	<input type="checkbox"/> Résidence <input type="checkbox"/> Adresse professionnelle	Code postal	

Téléphones et courriel				
Téléphone principal	Poste	<input type="checkbox"/> Bureau	<input type="checkbox"/> Domicile	<input type="checkbox"/> Hôpital
Autre téléphone	Poste	<input type="checkbox"/> Bureau	<input type="checkbox"/> Domicile	<input type="checkbox"/> Hôpital
Cellulaire	<b>Courriel</b> (obligatoire)			
Télécopieur				

*En adhérant à Médecins francophones du Canada, les renseignements que vous nous communiquez sur le présent formulaire seront utilisés conformément aux lois applicables à Médecins francophones du Canada. Nos banques de renseignements personnels sont strictement confidentielles. Elles ne sont partagées avec aucune autre organisation, à l'exception des collaborateurs, partenaires et fournisseurs contractuels qui peuvent en recevoir une liste nominative. Pour de plus amples informations, veuillez communiquer avec nous.*