



2018-2019

Nom :  
Prénom :  
Numéro  
d'identification :  
(si connu)

# 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 (médecine)*	<input type="checkbox"/> GRATUIT	Inscrivez l'année prévue d'obtention du M.D.:
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 et accédez à votre profil en cliquant connexion membre sur [medecinsfrancophones.ca](http://medecinsfrancophones.ca)

Mot de passe oublié?

Votre numéro d'identification:

Votre courriel:

\*inscrits dans une université canadienne

Tarif spécial pour congé de maternité sur demande

Numéro de permis :

 F H

Date de naissance :

## PAIEMENT

Date du paiement

Montant

Par débit(s) préautorisé(s) : Remplir la partie PAIEMENT PAR DÉBIT(S) PRÉAUTORISÉ(S) au verso

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				

## PAIEMENT PAR DÉBIT(S) PRÉAUTORISÉ(S)

Pour payer votre cotisation par débit(s) préautorisé(s) (DPA), **veuillez remplir la section suivante du présent formulaire, joindre un chèque** portant la mention ANNULÉ, tiré sur un compte bancaire canadien et **faire parvenir les deux documents par la poste** ou par télécopieur au 514 388-5335.

Votre nom  Votre numéro d'identification

### Veillez choisir un mode de paiement :

- DPA annuel** : *Médecins francophones du Canada* prélève sur votre compte bancaire le plein montant de la cotisation le 1<sup>er</sup> août de chaque année (ou le prochain jour ouvrable).
- DPA mensuel** : *Médecins francophones du Canada* prélève des mensualités sur votre compte bancaire vers le 10 de chaque mois (ou le prochain jour ouvrable). Le montant des mensualités est égal à un douzième (1/12) de votre cotisation annuelle.

### Autorisation

J'autorise *Médecins francophones du Canada* à prélever sur mon compte bancaire à la (aux) date(s) indiquée(s) ci-dessus, ou le prochain jour ouvrable s'il y a lieu, tous les paiements qui lui sont dus. Advenant qu'un paiement ne puisse être honoré, j'autorise *Médecins francophones du Canada* à prélever le solde dû sur mon compte le mois suivant.

### Durée

Je reconnais que ce mode de paiement se poursuivra d'année en année jusqu'à nouvel ordre de ma part. Lorsqu'il y aura un changement de taux, *Médecins francophones du Canada* m'en avisera au moins 30 jours à l'avance par courriel.

**Je joins à la présente un chèque bancaire portant la mention ANNULÉ** (tiré uniquement sur un compte de chèques ou un compte d'épargne canadien, et non sur une marge de crédit ou sur une carte de crédit).

### Droits de recours du payeur

Vous avez certains droits de recours si un débit n'est pas conforme au présent accord. Vous pouvez révoquer votre autorisation à tout moment, sur signification d'un préavis de 30 jours. Pour plus d'information, veuillez communiquer avec votre institution financière ou visiter [www.cdnpay.ca](http://www.cdnpay.ca).

### Signatures

Si plus d'une signature est exigée pour prélever des paiements sur un compte, le nombre minimum de signataires autorisés doivent signer cette autorisation et y indiquer leurs titres respectifs.

Signature(s)

Date

Signature(s) (Autre signature pour le compte si requise)

Date