



2020-2021

Nom : \_\_\_\_\_  
Prénom : \_\_\_\_\_  
Numéro de permis : \_\_\_\_\_

# FORMULAIRE D'ADHÉSION

## COTISATION

Catégorie	Pour 1 an	Pour 2 ans	
Médecin	<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>
Médecin retraité	<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>
Médecin résident	<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>
Étudiant (médecine)*	<input type="checkbox"/> 50 \$ + taxes : <b>57,49 \$</b>	Année prévue de graduation :	Université de graduation :
Professionnel de la santé non-médecin	<input type="checkbox"/> 200 \$ + taxes : <b>229,95 \$</b>	Une économie de <b>50\$ &gt;</b>	<input type="checkbox"/> 350 \$ + taxes : <b>402,41 \$</b>

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

\*inscrits dans une université canadienne

Tarif spécial pour congé de maternité sur demande

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

Code postal associé à la carte de crédit

## 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	Bureau	Domicile	Hôpital
Autre téléphone	Poste	Bureau	Domicile	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.*