



2021-2022

Nom : _____
Prénom : _____
Numéro de permis : _____

FORMULAIRE D'ADHÉSION

COTISATION

Catégorie	Pour 1 an	Pour 2 ans	
Médecins	<input type="checkbox"/> 395 \$ + taxes: 454,15 \$	Une économie de 95\$ >	<input type="checkbox"/> 695 \$ + taxes: 799,08 \$
Médecins retraités	<input type="checkbox"/> 130 \$ + taxes: 149,47 \$	Une économie de 30\$ >	<input type="checkbox"/> 230 \$ + taxes: 264,44 \$
Médecins résidents	<input type="checkbox"/> 140 \$ + taxes: 160,97 \$	Une économie de 35\$ >	<input type="checkbox"/> 245 \$ + taxes: 281,69 \$
Étudiants (médecine)*	<input type="checkbox"/> 50 \$ + taxes: 57,49 \$	Année prévue de graduation :	Université de graduation :
Professionnel de la santé non-médecin	<input type="checkbox"/> 200 \$ + taxes: 229,95 \$	Une économie de 95\$ >	<input type="checkbox"/> 350 \$ + taxes : 402,41 \$
Associés	<input type="checkbox"/> 395 \$ + taxes: 454,15 \$	Une économie de 95\$ >	<input type="checkbox"/> 695 \$ + taxes: 799,08 \$

Adhères en ligne sur medecinsfrancophones.ca et accédez à votre profil en cliquant sur connexion puis la silhouette grise.

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

En ligne sur 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	Bureau <input type="checkbox"/>	Domicile <input type="checkbox"/>	Hôpital <input type="checkbox"/>
Autre téléphone	Poste	Bureau <input type="checkbox"/>	Domicile <input type="checkbox"/>	Hôpital <input type="checkbox"/>
Cellulaire	Courriel (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.

8355 boul. Saint-Laurent,
Montréal (Québec) H2P 2Z6

Tél.: 514 388-2228 ou 1 800 387-2228
Télécopieur : 514 388-5335

info@medecinsfrancophones.ca
site internet : medecinsfrancophones.ca