



2022-2023

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>95\$ &gt;</b>	<input type="checkbox"/> 350 \$ + taxes : <b>402,41 \$</b>
Associé	<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 vous connectant, puis cliquez sur la silhouette grise.

\*inscrits dans une université canadienne

\*\*inactif au Collège

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

□ □ □ □ □ □

□ □ □ □ □ □

□ □ □ □ □ □

□ □ □ □ □ □

MM / AA

□ □ □

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

Code postal associé à la carte

## 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	<b>Courriel</b> (obligatoire)			
Télécopieur				

Adhérez en ligne sur [medecinsfrancophones.ca](http://medecinsfrancophones.ca) et accédez à votre profil en vous connectant, puis cliquez sur la silhouette grise.

*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