



MÉDECINS
FRANCOPHONES
DU CANADA

MÉDECINS PAR PASSION
DEPUIS 1902

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\$ >
Médecins retraités	<input type="checkbox"/> 130 \$ + taxes: 149,47 \$	Une économie de 30\$ >
Médecins résidents	<input type="checkbox"/> 140 \$ + taxes: 160,97 \$	Une économie de 35\$ >
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\$ >
Associés	<input type="checkbox"/> 395 \$ + taxes: 454,15 \$	Une économie de 95\$ >
		<input type="checkbox"/> 695 \$ + taxes: 799,08 \$

Adhérez 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

--	--	--

--	--	--

--	--	--

M	M	/	A	A
---	---	---	---	---

--	--	--

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 AUVERSO

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