AMQ

Médecins EN ACTION

DEMANDE D'ADHÉSION

Par la présente, je demande à adhérer à l'Association médicale du Québec (AMQ) et à l'Association médicale canadienne (AMC), ce qui me donne droit à tous les privilèges attachés à ce statut. Je m'engage à respecter la constitution et les règlements et à me conformer au code de déontologie.

Veuillez écrire en caractères d'imprimerie

* Nom _____ ❒ Féminin ❒ Masculin

* Prénoms _____

* Date de naissance : _____
Jour / Mois / Année

* Doctorat en médecine obtenu à:

Université _____ Année _____

* Collège des médecins du Québec : _____
Numéro de permis

Spécialité : _____

Début des études en _____ à Université : _____

❒ Résident en _____ année, Université :_____

❒ Étudiant en _____ année, Université :_____

Avez-vous fait une année de pré-médecine : Oui ❒ Non ❒

Année de graduation _____ ou prévue en _____

ADRESSE AU DOMICILE

Adresse _____ App. _____

Ville _____ Province _____

Code postal _____ Téléphone _____

Courriel *(e-mail)* _____ Cellulaire _____

ADRESSE AU BUREAU OU A L'HOPITAL

Nom de l'hôpital ou du bureau _____

Adresse _____ Bureau _____

Ville _____ Province _____

Code postal _____ Téléphone _____

Courriel *(e-mail)* _____ Télécopieur _____

Révisé décembre 2011

CATEGORIE DE MEMBRES

		COTISATION *	PRÉLÈVEMENTS MENSUELS
❒	Membre en pratique	730 $	60,84 $
❒	1re année de pratique	515 $	42,92 $
❒	Temps Partiel	465 $	38,75 $
❒	Postuniversitaire	319 $	26,59 $
❒	Membre à la retraite	286 $	23,84 $
❒	Résident	129 $	10,75 $
❒	Étudiant	20 $	N.D.

* ***Votre cotisation est valable pour 12 mois à partir du mois de votre adhésion.***

MODALITÉS DE PAIEMENT

Veuillez cocher

❒ **Prélèvements bancaires**

Les prélèvements seront effectués mensuellement (le 15 du mois). Veuillez joindre un spécimen de chèque portant la mention « nul ».

❒ **Paiement complet**

❍ Visa ❍ MasterCard ❍ Chèque

N° de la carte _____ Date d'expiration _____

Signature _____ Date _____

CORRESPONDANCE :

❒ Français ❒ Domicile
❒ Anglais ❒ Bureau/Hôpital

La liste des membres de l'AMQ-AMC est confidentielle. Elle n'est partagée avec aucune autre organisation, à l'exception des partenaires qui fournissent des services aux membres. Si vous ne voulez pas recevoir ces offres de services, veuillez nous en aviser. En adhérant à l'AMQ, vous adhérez automatiquement à l'AMC, les renseignements sur les caractéristiques démographiques et les moyens de communiquer avec vous fournis sur le présent formulaire seront utilisés pour communiquer avec vous par voie de téléphone ou d'autres moyens au sujet des produits et services offerts par les filiales de l'AMC, conformément à la politique organisationnelle de l'AMC sur la protection des renseignements personnels disponible à: www.amc.ca.

ASSOCIATION MÉDICALE DU QUÉBEC
380 rue Saint-Antoine Ouest, Bureau 3200
Montréal (Québec) H2Y 3X7
Téléphone : (514) 866-0660 ◆ Sans frais : 1 800 363-3932
Télécopieur : (514) 866-0670 www.amq.ca Courriel : info@amq.ca