



Canadian Academy of Sport and Exercise Medicine

Académie canadienne de médecine du sport et de l'exercice

RENOUVELLEMENT DE L'ADHÉSION À L'ACMSE DU 1^{ER} JANVIER 2020 AU 31 DÉCEMBRE 2020

Nom: _____

Adresse: _____

Téléphone bureau: _____ Ex. _____

Courriel: _____ Cellulaire _____

Langage: anglais () français ()

Répertoire Public (Si vous souhaitez que votre clinique est dans le répertoire public, remplissez cette section)

Clinique: _____

Adresse clinique: _____

Ville clinique: _____ Province: _____ Postal Code: _____

Téléphone bureau: _____ Ex _____

Courriel: _____ Siteweb clinique: _____

Specialité: _____

(A) CATÉGORIE DE MEMBRE

- | | |
|---------------------------------------|----------|
| () Membre actif | 350.00\$ |
| () Résident/e ou en perfectionnement | 175.00\$ |
| () Membre retraité | 175.00\$ |
| () Étudiant/e en médecine | 25.00\$* |

* le journal «Clinical Journal of Sport Medicine» **NON inclus**

CATÉGORIE (A) _____ \$

(B) DON FACULTATIF (déductible)

Tout don au fonds de recherche, à la Fondation L. Richard ou au fonds administratif est libre d'impôt et vous recevrez un reçu de charité officiel.

Veuillez choisir un type de don : () Fonds de recherche () Fondation L Richards () Fonds administratif

TOTAL DES DONNS: (B) _____ \$

MONTANT TOTAL INCLUS

Additionnez A+B Pour Le Montant TOTAL (CAN) _____ \$



MODALITÉ DE PAIEMENT:

- () Visa Numéro _____/_____/_____/_____ Date d'expiration ___/___ CVC____
- () Master Card Numéro _____/_____/_____/_____ Date d'expiration ___/___ CVC____
- () Cheque (inclus) Numéro _____

VÉRIFICATION

Je certifie par la présente que je suis médecin autorisé à exercer dans la province de _____ permis d'exercice numéro _____. J'exerce la médecine depuis (veuillez inscrire l'année) _____

OU

Je suis résident ou étudiant en médecine. Veuillez joindre une copie de votre inscription à la faculté de médecine.

OU

Je suis membre retraité (retraité de la pratique médicale active) dans la province de _____.

REMARQUEZ : Les membres honoraires et les membres à vie sont nommés par le comité de direction de l'ACMSE.

Je soussigné(e) _____ confirme que les renseignements fournis dans cette demande sont exacts, à ma connaissance. (La falsification des renseignements entraîne immédiatement la résiliation de l'adhésion sans remboursement ou indemnisation des cotisations perdues.)

DIFFUSION DE LA BASE DE DONNÉES DES MEMBRES DE L'ACMSE

() Cochez ici si **VOUS N'AUTORISEZ PAS** la diffusion de vos coordonnées (les numéros à domicile ne sont JAMAIS publiés). Les coordonnées peuvent être divulguées à des fédérations de sport nationales, à la section réservée aux membres du site Web de l'ACMSE, à d'autres organismes connexes, aux commanditaires, etc.

Signature _____ date _____