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 1ER JANVIER 2021 AU 31 DÉCEMBRE 2021

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 DONS: **(B)** _____$

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

CASEM - House of Sport-RA Centre
2451 Riverside Drive
Ottawa ON K1H 7X7
T. 613-748-5851 – 1-877-585-2394
F. 613-912-0128
www.casem-acmse.org

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 _____

CASEM - House of Sport-RA Centre
2451 Riverside Drive
Ottawa ON K1H 7X7
T. 613-748-5851 – 1-877-585-2394
F. 613-912-0128
www.casem-acmse.org