



APPLICATION DE DEVENIR MEMBRE DE L'ACMSE DU 1^{er} JANVIER 2021 AU 31 DÉCEMBRE 2021

Nom: _____

Adresse: _____

Téléphone bureau: _____ **Ex.** _____

Courriel: _____ **Cellulaire :**_(_____)_____

Genre: masculin () féminin () **Langage:** anglais () français ()

Accès au Site web ACMSE – S'il vous plaît choisissez votre nom d'utilisateur et mot de passe.

Nom d'utilisateur : _____ **Mot de Passe :** _____

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 du clinique:** _____

Specialité: _____

(A) CATÉGORIE DE MEMBRE

- | | |
|---|----------|
| <input type="checkbox"/> Actif | 350.00\$ |
| <input type="checkbox"/> Résident/e ou en perfectionnement* | 175.00\$ |
| * journal de « Clinical Journal of Sport Medicine » NON inclus | |
| <input type="checkbox"/> Membre retraité | 175.00\$ |
| <input type="checkbox"/> Étudiant/e en médecine | 25.00\$* |
| * journal de « 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) _____ \$



MODALITÉ DE PAIEMENT: (*CVC c'est les 3 numéros à l'arrière de votre carte)

- VISA Numéro: _____ / _____ / _____ Date d'expiration: / _____ *CVC: _____
- M/C Numéro: _____ / _____ / _____ Date d'expiration: / _____ *CVC: _____
- Numéro de cheque _____

* Veuillez noter que L'ACMSE est passé à un système de paiement récurrent. Cela signifie que lorsque vous renouvelez en ligne ou par carte de crédit, vous êtes configuré pour un renouvellement automatique l'année suivante. Ne vous inquiétez pas, nous vous alerterons toujours avant le paiement, et vous aurez alors la possibilité d'annuler le paiement automatique.

TYPE DE PRATIQUE (cochez tous ceux qui s'appliquent):

- | | | |
|---------------------------------|----------------------------|----------------|
| ... CCFP | ... Médecine du sport | ... Pédiatrie |
| ... CCFP (Urgence) | ... Médecine familiale | ... Résident/e |
| ... CRMCC | ... Médecine militaire | ... Urgence |
| ... Étudiant/e | ... Médecine occupationnel | ... Autre |
| ... Fellow/ en perfectionnement | ... Orthopédie | |

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 _____.

REMARQUE : Les membres honoraires et les membres à vie sont nommés.

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 _____

Les avantages d'un abonnement sont les suivants*:

1. Accéder à des nouvelles informations à travers le réseau des médecins du sport du Canada et du monde incluant l'éducation médicale continue et la recherche dans la médecine du sport et de l'exercice.
2. Accès à l'information dans la médecine du sport et de l'exercice par le siège social de l'ACMSE.
3. Reconnaissance comme médecin ayant un intérêt spécial et/ou une expertise dans le domaine de la médecine du sport.
4. Possibilité de passer l'examen du diplôme de médecin du sport et de l'exercice, et une fois qualifié, utiliser la créance 'Dip. Sport Med.'
5. Abonnement au journal 'Clinical Journal of Sport Medicine' ainsi que le 'British Journal of Sport and Exercise Medicine' avec accès aux articles complets en ligne (l'abonnement du journal n'est pas inclus dans la cotisation d'étudiant)
6. Abonnement au journal Ortho Evidence
7. Recevoir le bulletin l'ACMSE six fois par année.
8. Frais réduits à la conférence scientifique annuelle de l'ACMSE et aux cours de médecin d'équipe de sport et les ateliers Timely Topics.
9. Accès au Listserve de l'ACMSE
10. Subventions de recherche de l'ACMSE
11. Possibilités d'être sélectionné pour les équipes médicales de sports de compétition au niveau national et international ainsi que la possibilité de travailler avec les fédérations nationales de sport.