

MODE DE PAIEMENT POUR LA TRANSITION VERS LA PRATIQUE MÉDICALE

Les médecins qui passent d'un programme de formation postdoctorale à la pratique peuvent s'acquitter de leur cotisation à l'ACPM en deux versements jusqu'à six mois après la date à laquelle ils commencent à exercer. Cette option de paiement pour la transition vers la pratique n'est offerte qu'aux médecins passant d'un programme de formation postdoctorale à la pratique.

VEUILLEZ ÉCRIRE EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE

Nom :

(PRÉNOM)

(DEUXIÈME PRÉNOM)

(NOM DE FAMILLE)

Numéro d'adhésion :

Téléphone :

(DOMICILE)

(TRAVAIL)

(POSTE)

(CELLULAIRE)

Date de fin de la formation postdoctorale :

(AAAA/MM/JJ)

Date de début de votre pratique :

(AAAA/MM/JJ)

Dites-nous où vous travaillerez et ce que vous ferez : veuillez énumérer toutes les provinces et tous les territoires où vous travaillerez ainsi que les numéros correspondants du permis d'exercice/d'inscription délivré par l'organisme de réglementation de la médecine (Collège), précisez également le code de travail qui représente le plus fidèlement vos responsabilités professionnelles dans chaque province ou territoire.

1. Province/territoire :

N° du permis d'exercice/d'inscription :

Code de travail associé à la pratique médicale :

Date de début:

(AAAA/MM/JJ)

Date de fin :

(AAAA/MM/JJ)

Aucune date de fin du travail :

2. Province/territoire :

N° du permis d'exercice/d'inscription :

Code de travail associé à la pratique médicale :

Date de début:

(AAAA/MM/JJ)

Date de fin :

(AAAA/MM/JJ)

Aucune date de fin du travail :

3. Province/territoire :

N° du permis d'exercice/d'inscription :

Code de travail associé à la pratique médicale :

Date de début :

(AAAA/MM/JJ)

Date de fin :

(AAAA/MM/JJ)

Aucune date de fin du travail :

ADHÉSION À L'ACPM ET PRINCIPE DE MUTUALITÉ

L'adhésion à l'ACPM est fondée sur le principe de la mutualité. L'Association offre à ses membres – résidents, moniteurs cliniques et médecins – une protection en matière de responsabilité médicale, des conseils, ainsi que des ressources pour les aider à gérer leurs risques médico-légaux dans le cadre de la pratique clinique. Il est attendu qu'en retour les médecins exercent de façon respectueuse de l'éthique et des valeurs de l'Association (l'organisation à caractère mutuel), conformément à son Règlement.



4. Province/territoire : _____

N° du permis d'exercice/d'inscription : _____

Code de travail associé à la pratique médicale : _____

Date de début :

(AAAA/MM/JJ)

Date de fin :

(AAAA/MM/JJ)

Aucune date de fin du travail :

Si vous participez actuellement au mode de paiement mensuel selon l'Accord de débits préautorisés (DPA), les débits seront automatiquement ajustés pour refléter ce mode, et vous seront confirmés par écrit.

Vous devez dorénavant choisir le paiement par débits préautorisés (DPA). Pour obtenir plus d'informations, veuillez visiter le site web de l'ACPM au www.cmpa-acpm.ca > Mon adhésion > Cotisations et modes de paiement > Modes de paiement.

Nota : Si votre période de transition se poursuit au cours de l'année civile suivante, veuillez appeler l'ACPM au 1-800-267-6522. Si votre période de transition se poursuit au cours de l'année civile suivante, cela aura des répercussions sur votre remboursement provincial/territorial et sur votre reçu annuel de la cotisation de l'ACPM. **Tout solde dû doit être payé en totalité d'ici la fin du sixième mois de votre période de transition.**

Signature : _____

Date : _____

(AAAA/MM/JJ)

Veillez nous faire parvenir le formulaire dûment rempli par télécopieur, par la poste ou par l'entremise du portail des membres de l'ACPM (vous aurez besoin de votre numéro d'adhésion et de votre mot de passe).

