MISE EN GARDE : Veuillez télécharger ce formulaire et le sauvegarder dans votre appareil avant de le remplir dans Acrobat Reader. Si vous le remplissez directement dans votre navigateur web, vous courez le risque de perdre des données.

ACPM
Pour l'avancement des soins de santé

ACCORD DE DÉBITS PRÉAUTORISÉS (DPA)

Pour payer votre cotisation par débits préautorisés (DPA), veuillez remplir ce formulaire et y joindre un chèque portant la mention ANNULÉ, tiré d'un compte bancaire canadien. Faites parvenir les deux documents 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).

Mise en garde : Les changements à vos renseignements bancaires ou à votre mode de paiement doivent être effectués au plus tard le 15 du mois pour être appliqués au débit préautorisé du mois. Il est possible que les changements effectués entre le 16 et le 20 du mois soient appliqués au débit préautorisé de ce mois, mais nous ne pouvons le garantir.

VEUILLEZ ÉCRIRE EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE

Nom : _____
PRÉNOM SECOND PRÉNOM NOM

Numéro d'adhésion à l'ACPM : _____
(LE CAS ÉCHÉANT)

Veuillez choisir un mode de paiement :

☐ **Débit préautorisé annuel :** L'ACPM prélève le montant de la cotisation annuelle sur votre compte bancaire canadien le 20 janvier de chaque année, ou le prochain jour ouvrable. Si vous participez à un programme provincial de remboursement anticipé, votre compte sera débité à la date convenue mentionnée dans les documents de votre province. Le remboursement anticipé n'est offert qu'en Alberta, en Ontario et au Québec, et vous devez avoir rempli tous les documents nécessaires, le cas échéant.

☐ **Débit préautorisé mensuel :** L'ACPM prélève une mensualité sur votre compte bancaire canadien le 20 de chaque mois, ou le prochain jour ouvrable. Ce mode de paiement n'est pas offert aux membres participant à un programme provincial de remboursement anticipé (en Alberta, en Ontario et au Québec).

J'autorise l'Association canadienne de protection médicale (ACPM) à prélever sur mon compte bancaire à la (aux) date(s) indiquée(s) ci-dessus, ou le prochain jour ouvrable s'il y a lieu, tous les paiements qui lui sont dus, tel que détaillé dans ma facture. Advenant qu'un paiement ne puisse être honoré ou qu'une demande de changement à ma protection résulte en une cotisation plus élevée, j'autorise l'ACPM à prélever le solde dû sur mon compte le mois suivant. Je renonce par la présente à mon droit de recevoir un préavis du montant du DPA et accepte que l'on ne m'informe pas de ce montant préalablement au prélèvement de mon DPA.

Les débits préautorisés se poursuivent tant que vous n'avisez pas l'ACPM de procéder autrement. Vous avez certains droits de recours si un débit n'est pas conforme à l'accord signé. Vous pouvez révoquer votre autorisation à tout moment, sur signification d'un préavis de 30 jours. Pour obtenir plus d'information, veuillez communiquer avec votre institution financière ou visiter ***www.paiements.ca****.*

Signature : _____ Nom : _____ Date : _____ (MM/JJ/AAAA)

Signature : _____ Nom : _____ Date : _____ (MM/JJ/AAAA)

Signature : _____ Nom : _____ Date : _____ (MM/JJ/AAAA)

ADHÉSION À L'ACPM ET PRINCIPE DE MUTUALITÉ

L'ACPM offre à ses membres une protection en matière de responsabilité médicale; il est attendu qu'en retour les médecins exercent de manière conforme à la déontologie et aux attentes de la profession, ainsi qu'aux valeurs de l'Association (l'organisation à caractère mutuel).

FIN

L'ASSOCIATION CANADIENNE DE PROTECTION MÉDICALE
C.P. 8225, Succursale T, Ottawa ON K1G 3H7 | Téléphone : 613-725-2000, 1-800-267-6522 | Télécopieur : 613-725-1300, 1-877-763-1300
www.cmpa-acpm.ca
© ACPM 2022