

AVERTISSEMENT : 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 risquez de perdre des données.

QUESTIONNAIRE RELATIF AU CODE DE TRAVAIL 20

Médecine administrative

Ce questionnaire s'adresse aux membres qui choisissent le code 20. Afin que nous puissions déterminer votre admissibilité au code 20, vous devez nous fournir les informations suivantes. Vous devez répondre en fonction du travail professionnel que vous effectuez au cours d'une année civile.

VEUILLEZ ÉCRIRE EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE

Nom :

(PRÉNOM)

(DEUXIÈME PRÉNOM)

(NOM DE FAMILLE)

Numéro d'adhésion :

Date d'entrée en vigueur :

(AAAA/MM/JJ)

1. Veuillez décrire en détail la nature et l'éventail de vos activités professionnelles :

2. Veuillez spécifier si vous êtes :

travailleur autonome **contractuel** **employé**

Veuillez identifier et décrire brièvement votre employeur actuel :

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 façon respectueuse de l'éthique et des valeurs de l'Association (l'organisation à caractère mutuel), conformément à son Règlement.

3. Est-ce que vous prescrivez dans le cadre de votre travail? Dans l'affirmative, à qui? Veuillez fournir des précisions.

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).