

## FORMULAIRE DE DEMANDE DE SERVICE INSTRUCTIONS

### IMPORTANT

- Veuillez prévoir au moins dix jours ouvrables pour le traitement de votre demande.
- Une fois que votre demande aura été traitée et aura été envoyée, nous vous aviserons par l'entremise de votre compte **inscriptionmed.ca** ou par courriel.
- Si vous avez des exigences précises ou des directives spéciales, veuillez les indiquer dans une lettre signée que vous joindrez à ce formulaire.
- Veuillez noter que la langue dans laquelle votre Lettre de résultats est présentée ne peut pas être modifiée.
- Si vous demandez des documents au nom d'un médecin, vous devez inclure une lettre signée du médecin autorisant la demande.

***Veuillez prendre note que le CMC se réserve le droit de demander des documents supplémentaires tels qu'un Formulaire d'authentification de l'identité et un document d'authentification de l'identité, au besoin. Les candidats doivent payer les frais de certification applicables.***

### SERVICE de MESSAGERIE

#### ► POUR ENVOYER LES DOCUMENTS DEMANDÉS

- Nous vous recommandons fortement d'utiliser un service de messagerie (p. ex., Purolator) pour l'envoi de vos documents du CMC au destinataire.
- S'il s'agit d'une demande urgente, vous pourrez suivre le cheminement de vos documents si vous nous demandez de les envoyer par service de messagerie.
- Le CMC **n'est pas responsable** des documents envoyés par la **poste ordinaire**.
- Le barème des frais de service de messagerie est le suivant :

<b>Canada</b>	Provinces	<b>32 \$</b>
	Territoires	<b>37 \$</b>
<b>É.-U.</b>		<b>63 \$</b>
<b>International</b>		<b>143 \$</b>

***\* Assurez-vous d'ajouter les frais de service de messagerie applicables au montant total du paiement sur le Formulaire d'autorisation de paiement par carte de crédit qui se trouve ci-dessous.***


### FORMULAIRE DE DEMANDE DE SERVICE

<b>Matricule du CMC ou N° LCMC :</b>		
Nom de famille		Prénom(s)
Date de naissance (aaaa/mm/jj)	Courriel	Téléphone

<b>DEMANDES – 104 \$ CHAQUE DOCUMENT</b>	
<input type="checkbox"/> <b>Déclaration d'enregistrement certifiée conforme</b> (incluant les résultats) <i>S'applique seulement si vous avez reçu le titre de LCMC</i>	
<input type="checkbox"/> <b>Relevé de notes certifié conforme</b> (incluant les résultats) <i>S'applique seulement si vous avez réussi l'EACMC, partie I</i>	
<input type="checkbox"/> <b>Lettre de confirmation certifiée conforme</b> (résultats non compris)	
<input type="checkbox"/> <b>Lettre(s) de résultats certifiée conforme (la langue ne peut pas être modifiée)</b> <i>Pas disponible si vous avez reçu votre LCMC avant 1998. Dans ce cas, veuillez sélectionner Déclaration d'enregistrement certifiée conforme ou Lettre de confirmation certifiée conforme</i>	
<input type="checkbox"/> EECMC <input type="checkbox"/> EACMC, partie I <input type="checkbox"/> EACMC, partie II <input type="checkbox"/> Volet sur les compétences cliniques en médecine familiale <input type="checkbox"/> Examen de la CNE (résultats les plus récents)	
<i>Est-ce que vous désirez que nous comprenions, sans frais additionnels, le Rapport d'information supplémentaire (si décerné)?</i>	
} <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	

<b>LES DOCUMENTS DOIVENT ÊTRE ENVOYÉS À L'ADRESSE SUIVANTE :</b>		
Nom et prénom(s)*		Courriel*
No du bureau* (requis pour les destinataires dans un hôpital ou une université)	No d'édifice* (ne PAS inscrire une case postale pour messagerie)	Nom de rue*
Ville*		Province/État
Pays*	Code postal/Zip	Téléphone du destinataire*

<b>LISTE DE PAIEMENT</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Frais des documents	\$	<b>TOTAL</b>	\$
	<input checked="" type="checkbox"/> Frais du service de messagerie	\$		

	
* Signature	* Date (aaaa/mm/jj)

\* Champs obligatoires

## FORMULAIRE D'AUTORISATION DE PAIEMENT PAR CARTE DE CRÉDIT

**Doit être rempli EN ENCRE NOIRE et soumis pour tout paiement par carte de crédit qui ne peut pas être soumis en ligne.**

**Nota : Les paiements par carte de crédit seront traités en devises canadiennes seulement.**

Nom de famille	Prénom(s)
Matricule du CMC (si vous le connaissez)	

### Raison pour le paiement – Frais associés à :

- l'examen d'évaluation (EECMC)
- l'examen d'aptitude, partie I (EACMC, partie I)
- l'examen d'aptitude, partie II (EACMC, partie II)
- examen de la Collaboration nationale en matière d'évaluation (CNE)
- volet sur les compétences cliniques en médecine familiale
- autres frais (veuillez préciser) : \_\_\_\_\_

### \* En tant que titulaire, j'autorise le Conseil médical du Canada

à porter à ma carte le montant de  \$

**Mode :** Nous acceptons **UNIQUEMENT** les paiements par VISA ou MasterCard  VISA  MasterCard

**Numéro de la carte de crédit:**

**Date d'expiration :**

**Le numéro de CVV : \***

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

\_\_\_\_ / \_\_\_\_  
mois / année

\_\_\_\_

\* Le numéro de CVV comprend trois chiffres. Ce dernier est situé au verso de votre carte de crédit à la suite du numéro de compte dans la bande de signature

**Le titulaire de la carte de crédit doit inscrire son nom en caractères d'imprimerie et apposer sa signature :**

<b>*Nom du titulaire de la carte :</b> (en caractères d'imprimerie)	
<b>*Signature du titulaire de la carte :</b>	
<b>*Adresse du titulaire de la carte :</b> (si elle diffère de l'adresse du candidat)	

\* Champs obligatoires