MEDICAL COUNCIL OF CANADA | LE CONSEIL MÉDICAL DU CANADA

ADRESSE 1021 PLACE THOMAS SPRATT
OTTAWA ON K1G 5L5
CANADA

POUR NOUS JOINDRE MCC.CA

Demande de remplacement de documents de LCMC

Instructions

IMPORTANT

- Envoyez ce formulaire dûment rempli par la poste à l'adresse indiquée ci-dessus.
- À la réception de votre formulaire, des frais serons facturés dans votre compte inscriptionmed.ca.
  - Si vous n'avez pas de compte inscriptionmed.ca, envoyez un courriel à *services* afin d'obtenir de l'aide pour en créer un.
  - Les demandes et paiements soumis par un tiers ne seront pas acceptés.
- Vous devez effectuer le paiement par l'entremise de votre compte inscriptionmed.ca avant que votre demande puisse être traitée.
- Votre demande sera annulée si le paiement n'est pas reçu dans un délai de 10 jours ouvrables.
- Une fois le paiement effectué, veuillez prévoir au moins 10 jours ouvrables pour le traitement de votre demande.
- Vous recevrez un avis par l'entremise de votre compte lorsque votre demande aura été traitée.

REMARQUE : Le Conseil médical du Canada (CMC) se réserve le droit de demander des documents supplémentaires comme une pièce d'identité certifiée, au besoin. Les candidats doivent assumer les frais de certification qui s'appliquent.

Service de messagerie pour l'envoi des documents demandés

- Il est fortement recommandé d'utiliser un service de messagerie pour l'envoi de vos documents.
- L'envoi de vos documents par service de messagerie vous permettra de suivre leur cheminement, ce qui est important dans le cas d'une demande urgente.
- Le CMC **n'est pas responsable** des documents envoyés par **la poste ordinaire**.
- Les frais de service de messagerie sont les suivants :

CANADA	**PROVINCES**	**45 $**
	TERRITOIRES	**50 $**
É.-U.		**80 $**
INTERNATIONAL		**180 $**

Assurez-vous d'inclure les frais de service de messagerie à la liste de paiement sur la page suivante.

MEDICAL COUNCIL OF CANADA | LE CONSEIL MÉDICAL DU CANADA

ADRESSE 1021 PLACE THOMAS SPRATT
OTTAWA ON K1G 5L5
CANADA

POUR NOUS JOINDRE MCC.CA

Nom (tel qu'indiqué dans votre compte) :

NOM DE FAMILLE

PRÉNOM(S)

Date de naissance ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___
AAAA / MM / JJ

Matricule du candidat, ou nº de LCMC _____

Courriel _____ Téléphone _____

Remplacement de documents de LCMC | Frais : 133 $ chacun

1. Pour quel document soumettez-vous une demande?

   REMARQUE : Vous devez choisir LES DEUX documents suivants si vous faites une demande en raison d'un CHANGEMENT DE NOM.

   ☐ **Remplacement du Certificat d'enregistrement** (petite carte plastique)

   ☐ **Remplacement du « testamur »** (qui peut être encadré et affiché au mur)

2. Veuillez cochez l'un des énoncés suivants :

   ☐ **Je renvoie au CMC les documents originaux de LCMC accompagnés de ma demande**

   OU

   ☐ **Je n'ai pas en ma possession les documents originaux de LCMC et je fournis une déclaration solennelle (affidavit) attestée par un avocat ou un notaire indiquant :**

   a. La raison pour laquelle je n'ai pas en ma possession les documents originaux de LCMC (par ex. documents perdus, volés, détruits, etc.).

   b. Que si je retrouve ultérieurement le Certificat d'enregistrement original et/ou le « testamur » original, je les ferai parvenir au bureau du CMC.

Pour de plus amples renseignements, consultez remplacement de vos documents de LCMC.

Les documents doivent être envoyés à l'adresse suivante :

NOM

COURRIEL

Nº DE LA PIÈCE
REQUIS POUR LES DESTINATAIRES DANS UN HÔPITAL OU UNE UNIVERSITÉ

Nº D'ÉDIFICE
NE PAS INSCRIRE UNE CASE POSTALE POUR LE SERVICE DE MESSAGERIE

NOM DE RUE

VILLE

PROVINCE/TERRITOIRE/ÉTAT

PAYS

CODE POSTAL/ZIP

TÉLÉPHONE DU DESTINATAIRE

Liste de paiement

☑	**FRAIS DES DOCUMENTS**	**$**
☑	**FRAIS DU SERVICE DE MESSAGERIE**	**$**

TOTAL **$**

✕ _____
SIGNATURE

DATE ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___
AAAA / MM / JJ