



MEDICAL COUNCIL OF CANADA LE CONSEIL MÉDICAL DU CANADA

PORTAIL DES TESTS DE PRATIQUE FORMULAIRE DE DEMANDE DE L'ORGANISATION

Les renseignements fournis seront utilisés pour créer le profil de votre organisation dans le Portail des tests de pratique du Conseil médical du Canada (CMC). Veuillez remplir le formulaire suivant et l'envoyer à testsdepratique@mcc.ca.

Renseignements sur l'organisation

Nom de l'organisation	
Adresse du site Web	
Adresse postale	
<input type="checkbox"/> Organisation à but non lucratif <input type="checkbox"/> Organisme de bienfaisance enregistré <input type="checkbox"/> Établissement d'enseignement	N° d'enregistrement d'organisme de bienfaisance / N° d'entreprise

Renseignements sur le représentant de l'organisation

Nom de famille du représentant	
Prénoms du représentant	
Langue de préférence	<input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Français
Adresse courriel	
N° de téléphone	
Est-ce que le représentant est autorisé au nom de l'organisation à acheter des tests de pratique du CMC?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> À être confirmé

Détails de la demande

Utilisation prévue des tests de pratique du CMC	<input type="checkbox"/> Préparation aux examens du CMC <input type="checkbox"/> Autre, préciser :
Nombre prévu d'achat de tests de pratique dans les prochains 12 mois	

Renseignements sur la facturation

Adresse courriel pour la facturation	
Adresse pour la facturation <input type="checkbox"/> Même adresse que l'adresse postale	
Nom du représentant pour la facturation (nom de famille et prénoms)	
N° de tél. du représentant pour la facturation	
Adresse courriel du représentant pour la facturation	

Merci d'avoir rempli ce formulaire. La demande de votre organisation sera examinée par le CMC et l'état de votre demande sera déterminé dans les 30 jours suivant sa réception. Un représentant du CMC pourrait communiquer avec vous pendant le processus d'approbation.