



DEMANDE DE SOMMAIRE DE COMPTE

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

Session d'examen (cochez-en une) - frais : 40 \$CAN

- l'examen d'évaluation (EECMC) année : _____
- l'examen d'aptitude, partie I (EACMC, partie I) année : _____
- l'examen d'aptitude, partie II (EACMC, partie II) année : _____

En tant que titulaire, j'autorise le Conseil médical du Canada à porter à ma carte le montant de 40 \$CAN

Mode : VISA MasterCard

Nous acceptons UNIQUEMENT les paiements par VISA ou MasterCard

Numéro de la carte de crédit:

Date d'expiration :

_____/_____/_____/_____

____/____
mois / année

NOTA: Des frais d'administration de 30 \$CAN seront exigés dans le cas de non-paiement par carte de crédit, peu importe la raison.

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

Nom du titulaire de la carte :
(en caractères d'imprimerie)

Signature du titulaire de la carte :

Adresse du titulaire de la carte :
(si elle diffère de l'adresse du candidat)