



**Medical Council of Canada/
Le Conseil médical du Canada**

100-2283 St. Laurent Blvd, PO Box/CP 8234, Stn T
Ottawa ON K1G 3H7
Tel: (613) 521-6012 Fax: (613) 521-9509

**Demande de retrait de
l'EACMC, partie II, de l'automne 2010**
Soumettre par télécopieur : 613-521-9509

Matricule du CMC

Nom de famille

Prénoms(s)

Par la présente, je demande de retirer ma demande d'admission à l'examen d'aptitude, partie II, de l'automne 2010. La présente demande de retrait est soumise de façon à parvenir au CMC :

AU PLUS TARD le 4 août 2010, soit la date limite des retraits pour la session de l'automne 2010

- Je conviens que le retrait de ma demande est sujet aux frais d'administration applicables de 466 \$CAN. (Pour d'autres renseignements : <http://www.mcc.ca/fr/exams/qe2/withdraw.shtml>).

Je demande que les fonds remboursés :

- demeurent dans mon compte du CMC puisque je prévois m'inscrire de nouveau à l'EACMC, partie II.

ou

- soient remboursés à la carte de crédit que j'ai utilisée pour effectuer le paiement original.

OU

APRÈS le 4 août 2010, c.-à-d. après la date limite des retraits pour la session de l'automne 2010

- Je conviens que je perdrai la totalité des droits d'inscription ainsi que tous frais de retard acquittés.

ou

- Mon retrait tardif est dû à des circonstances indépendantes de ma volonté et je demande un remboursement partiel. (Pour d'autres renseignements : <http://www.mcc.ca/fr/exams/qe2/withdraw.shtml>). Dans ce cas :

- Je joins la documentation à l'appui pertinente.

ou

- Je soumettrai la documentation à l'appui pertinente d'ici deux (2) semaines.

Nota : Le CMC attendra de recevoir et d'étudier votre documentation à l'appui avant de ne retirer votre demande d'admission.

Signature: _____ Date: jour _____ mois _____ année _____

* Veuillez prévoir jusqu'à 10 jours ouvrables pour le traitement de votre demande.
Une confirmation vous sera envoyée dans votre compte CMC en ligne.