



**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, du printemps 2011**

**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, du printemps 2011. La présente demande de retrait est soumise de façon à parvenir au CMC :

**AU PLUS TARD le 23 février 2011, soit la date limite des retraits pour la session du printemps 2011.**

Je conviens que le retrait de ma demande est sujet aux frais d'administration applicables de 476 \$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 23 février 2011, c.-à-d. après la date limite des retraits pour la session du printemps 2011**

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.