



Renouvellement/demande d'adhésion 2020 pour la période du 1^e janvier au 31 décembre 2020

Les **membres actuels** peuvent renouveler l'adhésion en ligne au veterinairesaucanada.net > *Mon portail* (connexion requise).
Les **nouveaux adhérents** peuvent soumettre leur demande par courriel (admin@cvma-acmv.org), télécopieur (613 236-9681),
téléphone (800 567-2862) ou la poste (339 rue Booth, Ottawa, ON K1R 7K1).

IDENTIFICATION DU MEMBRE

Nouvel adhérent **Renouvellement**

PRÉNOM : _____ **NOM DE FAMILLE :** _____

FACULTÉ ET ANNÉE D'OBTENTION DU D.M.V. : Faculté _____ Année _____

ADRESSE COURRIEL (individuelle) : _____ (Cette information est requise pour accéder au portail et au site Web des membres. C'est votre identifiant unique et l'adresse courriel ne doit pas être utilisée par d'autres personnes de l'entreprise.)

NOM DE LA CLINIQUE / DE L'ENTREPRISE / DE L'EMPLOYEUR : _____

BASSIN DE PATIENTS : animaux de compagnie exclusivement animaux destinés à la consommation exclusivement
 pratique mixte (< 50% de compagnie) pratique mixte (> 50% de compagnie)
 équins exclusivement autre s. o.

POSTE : Propriétaire/partenaire Vétérinaire salarié Remplaçant Gestionnaire/Administrateur
 Professeur/Enseignant À la retraite Autre (préciser) _____

Veillez indiquer ci-dessous l'adresse privilégiée qui est l'adresse par défaut pour recevoir le courrier et les revues de l'ACMV. Il s'agit également de l'adresse qui sera répertoriée dans le Guide des ressources et répertoire de l'ACMV.

ADRESSE PROFESSIONNELLE : privilégiée _____

TÉLÉPHONE / TÉLÉCOPIEUR PROFESSIONNEL : Tél. () _____ Téléc. () _____

ADRESSE DE RÉSIDENCE : privilégiée _____

TÉLÉPHONE DE RÉSIDENCE / CELLULAIRE : Tél. () _____ Cell. () _____

CATÉGORIES D'ADHÉSION / COTISATION ANNUELLE : Veuillez vous reporter au document de *Catégories de membre et cotisations 2020* pour connaître les critères d'admissibilité pour certaines catégories d'adhésion**.

CATÉGORIE D'ADHÉSION	COTISATION
<input type="checkbox"/> Régulier	319,00 \$
<input type="checkbox"/> Nouveau diplômé - 1 ^{re} année ** (promotion de 2019)	79,75 \$
<input type="checkbox"/> Nouveau diplômé - 2 ^{re} année** (promotion de 2018)	159,50 \$
<input type="checkbox"/> Nouveau diplômé - 3 ^e année** (promotion de 2017)	239,25 \$
<input type="checkbox"/> Études supérieures **	159,50 \$
<input type="checkbox"/> Retraité **	159,50 \$
<input type="checkbox"/> Membre à vie/Membre honoraire provincial	159,50 \$
<input type="checkbox"/> Congé de maternité/parental **	159,50 \$
<input type="checkbox"/> Congé de maladie/d'invalidité **	159,50 \$
PROVINCE - TAXE	TPS TVH
Qc, Man., Sask., Alb., C.-B., T.N.-O., Nun., Yn	5 %
N.-B., N.-É., T.-N.-L., Î.-P.-É.	15 %
Ont.	13 %
À l'extérieur du Canada	Pas de taxe
TPS/TVH #R106868557	

OPTION DE RENOUVELLEMENT AUTOMATIQUE

(Veillez cocher la case pour choisir cette option)

En cochant cette option, votre adhésion sera renouvelée automatiquement en janvier de chaque année. L'ACMV vous enverra un avis par courriel pour reconfirmer la participation au renouvellement automatique avant de porter le paiement annuel au numéro de carte de crédit fourni.

PAIEMENT UNIQUE

Veillez soumettre votre paiement avant le 31 décembre 2019

L'adhésion débute le 1^{er} janvier 2020 et la cotisation ne peut être calculée au prorata.

Cotisation : _____ \$ + taxes _____ = _____ \$

CHÈQUE **CARTE DE CRÉDIT** (Visa, MasterCard, Amex)

AVIS : Veuillez entrer le code de sécurité à 3-4 chiffres indiqué au dos de votre carte ou appelez l'ACMV au 800-567-2862 pour fournir l'information et traiter votre transaction.

NUMÉRO DE CARTE : _____

EXPIRATION (mm/aa): _____ / _____ | CODE CVV : _____

TITULAIRE: _____

SIGNATURE : _____



CANADIAN VETERINARY
MEDICAL ASSOCIATION
L'ASSOCIATION CANADIENNE
DES MÉDECINS VÉTÉRINAIRES

L'Association canadienne des médecins vétérinaires

339, rue Booth, Ottawa (Ontario) K1R 7K1
tél. • (800) 567-2862 | téléc. • (613) 236-9681 | c • admin@cvma-acmv.org
veterinairesaucanada.net | canadianveterinarians.net

Demande pour la réduction de la cotisation annuelle

AVIS: Ce formulaire ne doit être rempli que si vous demandez une réduction de cotisation dans l'une des catégories ci-dessous.

La structure des cotisations de l'ACMV prévoit une réduction de 50 % du montant de la cotisation individuelle annuelle régulière pour les membres admissibles à certaines catégories d'adhésion. Il est nécessaire de remplir une *Demande de réduction de la cotisation annuelle* et de la soumettre à l'ACMV aux fins de considération en même temps que la demande d'adhésion ou le renouvellement et le paiement. Veuillez lire la politique de l'ACMV sur la Réduction de la cotisation annuelle pour obtenir de plus amples renseignements et connaître les critères d'admissibilité.

Réduction de 50 % (Veuillez cocher la catégorie de la demande)

- Je demande une réduction de 50 % de la cotisation annuelle à titre de **membre aux études supérieures**. J'ai inclus sous pli un document justificatif provenant de l'établissement d'enseignement qui confirme mon inscription aux études à temps plein ou dans un programme d'internat ou de résidence.
- Je demande une réduction de 50 % de la cotisation annuelle à titre de **membre à la retraite**. Je confirme que je suis âgé(e) de 65 ans ou plus ET que je n'exerce pas activement la médecine vétérinaire. Cela signifie que je ne perçois plus d'honoraires pour la prestation de services vétérinaires.
- Je demande une réduction de 50 % de la cotisation annuelle à titre de membre en **congé de maternité ou en congé parental**. Je confirme que je quitte temporairement mon emploi en médecine vétérinaire en raison d'une grossesse ou pour m'occuper de mon nouvel enfant pendant la période commençant le ____/____/____ (JJ/MM/AAAA) et se terminant le ____/____/____ (JJ/MM/AAAA).
- Je demande une réduction de 50 % de la cotisation annuelle à titre de **membre en congé de maladie ou d'invalidité**. Je confirme que je quitte mon emploi en médecine vétérinaire pendant une période déterminée ou non déterminée en raison de mes circonstances médicales ET que la période prévue du congé **dépassera quatre (4) mois** pendant l'année d'adhésion pour laquelle je demande une réduction de la cotisation annuelle. La période du congé prévu commencera le ____/____/____ (JJ/MM/AAAA) et se terminera le ____/____/____ (JJ/MM/AAAA).

Déclaration

Je reconnais que les renseignements contenus dans la présente demande sont véridiques et exacts. Je comprends que la réduction de la cotisation annuelle sera valable pendant une période d'un an (de janvier à décembre) et que je pourrai présenter une nouvelle demande et confirmer ma situation chaque année afin de continuer à payer le montant réduit de la cotisation, à la condition de satisfaire aux critères établis. Je comprends que je ne suis pas admissible à d'autres réductions de cotisations.

Nom du membre au complet (en caractères d'imprimerie) : _____

Signature du membre : _____ Date : ____/____/____

VEUILLEZ SOUMETTRE LE FORMULAIRE REMPLI À :

L'Association canadienne des médecins vétérinaires
À l'attention de : Services aux membres
Adresse postale 339, rue Booth, Ottawa (Ontario) K1R 7K1
Courriel : admin@cvma-acmv.org
Télécopieur : (613) 236-9681

SECTION RÉSERVÉE AU BUREAU DE L'ACMV

Date de réception de la demande : _____

Année d'adhésion : _____

Approuvée Refusée

Examinée par : _____ Date : _____