

DEVENIR MEMBRE DE L'ASSOCIATION DES MÉDECINS DE CLSC DU QUÉBEC (AMCLSCQ)

Être membre c'est :

- L'assurance d'être représenté par la seule association dédiée à la défense des intérêts syndicaux et professionnels pratiquant en CLSC et en Santé publique.
- Participer et voter aux assemblées de l'AMCLSCQ.
- Assister aux activités de formation organisées par l'AMCLSCQ.
- Recevoir les communications régulières de l'Association (AMCLSCQ en bref et le Bulletin).
- La possibilité d'obtenir les services de l'Exécutif en cas de problèmes spécifiques : plaintes, enquêtes de la R.A.M.Q, problèmes d'organisation de la pratique en établissement, etc.
- Avoir le droit de voter aux élections à la présidence de la FMOQ.
- Avoir le droit de voter pour entériner les ententes générales négociées entre la FMOQ et le MSSS.

POUR ADHÉRER

Complétez ce formulaire et faites-le parvenir* par :

Courriel : darlenebond@amclscq.org

Contactez le secrétariat pour plus de détails : (514) 875-7412

* Le formulaire peut être numérisé ou encore une photo prise avec votre téléphone ou votre tablette est acceptée.



Association
des médecins
de CLSC
du Québec

La FMOQ et ses associations affiliées

La FMOQ compte 19 associations dont l'AMCLSCQ, qui est la seule association entièrement vouée à la défense et à l'amélioration de la pratique médicale en CLSC, tant au niveau des conditions d'exercice que de la rémunération.

Au sein de la FMOQ, un médecin ne peut être membre que d'une seule association, qui reçoit une quote-part de la cotisation syndicale (prélevée par la FMOQ), pour assurer les services à ses membres.

N'hésitez pas à les utiliser ! Votre carte vous est acheminée chaque année avec votre reçu d'impôt, par la FMOQ.

FORMULAIRE D'ADHÉSION

No de permis (C.M.Q.): _____

Nom et Prénom : _____

Date de naissance : _____

Téléphone pratique : _____

Adresse courriel : _____

Adresse pratique : _____

Je donne librement mon adhésion à l'Association des médecins de CLSC du Québec (AMCLSCQ) et je m'engage à en observer les statuts et les règlements. J'autorise l'Association à agir en mon nom toutes les fois que les intérêts des médecins omnipraticiens ou ceux de la profession l'exigent.

DROIT D'ENTRÉE ACQUITTÉ.

EN FOI DE QUOI, j'ai signé le _____ jour de _____ 20_____.

Signature du Candidat