



1. IDENTIFICATION

Nom de famille / Surname _____

Prénom / Given name _____ Sexe / Sex _____

Date de naissance / Date of birth jj/dd / mm / aaaa/yyyy Diplôme en médecine / Medical degree MD Autre / Other _____

2. ADRESSE DE CORRESPONDANCE / ADDRESS OF CORRESPONDENCE

Adresse résidentielle / Home address Adresse professionnelle / Business address

N° et nom de rue / Street # and name _____ N° d'app. / Apt. # _____

Ville / City _____ Province _____ Pays / Country _____ Code postale / Postal Code _____

() _____ () _____ Adresse courriel / E-mail address _____
Téléphone / Telephone _____ Télécopieur / Fax _____

Langue de correspondance / Correspondence language Français English

3. CERTIFICATION DU COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC / CMQ CERTIFICATION

N° de permis / Permit # _____ Permis d'exercice / Permit to practice Permis restrictif / Restrictive permit

Spécialité / Specialty _____ Année de délivrance / Year certified _____

Spécialité / Specialty _____ Année de délivrance / Year certified _____

*SVP JOINDRE DOCUMENTS REQUIS
PLEASE ATTACH REQUIRED DOCUMENTS:*

- Copie du certificat de spécialiste délivré par le CMQ
Copy of the specialist certificate granted by the CMQ
- Copie de la lettre de résultat des examens de certification CMQ ou CRMCC
Copy of CMQ or RCPSC certifying examination result letter

4. ACTIVITÉS COLLÈGE ROYAL / ROYAL COLLEGE ACTIVITIES

Je participe présentement au programme de
Maintenance du Certificat (MDC) du Collège Royal Oui / Yes N° d'ID du Collège Royal /
Royal College ID # _____

I am currently enrolled in the Royal College
Maintenance of Certification (MOC) program Non / No

DECLARATION

I, the undersigned Certificant with the Collège des médecins du Québec; hereby apply for admission to Fellowship of the Royal College of Physicians and Surgeons of Canada under the provisions of Article 5.1 of the Bylaws.

I hereby declare that:

I am not under suspension and my name and/or specialty designation does not stand removed by reason of professional incompetence or misconduct from the register of the medical licensing authority in any province or territory of Canada or of a medical licensing authority outside of Canada.

I subscribe to the following declaration:

I solemnly declare that as long as I am a Fellow of the Royal College of Physicians and Surgeons of Canada, I will promote high standards for specialty medicine and delivery of quality health care respecting the best interests and wishes of patients; I will relate with dignity to patients, students, colleagues, and other health care professionals showing respect for their cultural, religious and personal values; I will continue my professional development and maintain my competence; I will observe the current Royal College Bylaws and the Code of Ethics and those which shall be from time to time enacted; I will support and serve the interest and objectives of the Royal College and uphold the dignity and welfare of the Royal College and its Fellows.

I also declare that all information I have provided to the Royal College, including in any supporting documents, is true and accurate, and that any false information provided may lead to the refusal of Royal College Fellowship and certification through this route.

I further agree to pay the prescribed fees up receipt of my invoice, following my admission to Fellowship.

Je, soussigné(e), titulaire d'un certificat du Collège des médecins du Québec, demande à être admis(e) au titre d'Associé ou Associée du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, selon les dispositions de l'article 5.1 des Statuts.

Je, soussigné(e), déclare que:

Je ne suis pas sous le coup d'une suspension et mon nom n'a pas été rayé pour des raisons d'incompétence professionnelle ou d'inconduite des registres de l'autorité habilitée à accorder le permis d'exercice dans toute province ou territoire du Canada ou de l'autorité habilitée à accorder le permis d'exercice à l'extérieur du Canada où j'exerce.

Je souscris à la déclaration suivante :

Je déclare solennellement qu'aussi longtemps que je serai Associé(e) du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, j'exercerai la médecine spécialisée en visant l'excellence et en considérant les intérêts et les volontés des patients; je traiterai les patients, les étudiants, mes collègues et mes collaborateurs avec dignité et respecterai leurs valeurs culturelles, religieuses et personnelles; je verrai à mon perfectionnement professionnel et au maintien de ma compétence; j'observerai les Statuts et le Code d'éthique du Collège royal; je servirai les intérêts et la mission du Collège royal; je ferai honneur au Collège royal et à ses Associés.

Je déclare également que tous les renseignements que j'ai fournis au Collège royal, y compris tous les documents d'appui, sont véridiques et exacts, et je reconnais que toute donnée inexacte fournie peut entraîner un refus du titre d'Associé du Collège royal et du certificat par cette voie.

J'accepte en plus de payer les droits d'adhésion lors de la réception de ma facture, suite à mon admission au titre d'Associé(e).

Daté à _____ ce _____ jour de _____ 20____
Dated in _____ this _____ day of _____ 20____

Signature _____

À L'USAGE EXCLUSIF DU COLLÈGE ROYAL
FOR ROYAL COLLEGE USE ONLY

RCID# _____ Date _____
Received _____ Acknowledged _____