

**OFFRE D'EMPLOI  
FORMULAIRE DE PAIEMENT  
PAR CARTE DE CRÉDIT**

	<b>TARIF</b>	<b>TOTAL</b>
Affichage offre d'emploi sur le site internet	287.44\$/semaine	
Envoi massif par courriel	402.41\$	

<b>COORDONNÉES</b>	
Nom : _____	Prénom : _____
Nom de la compagnie :	
Téléphone :	
Courriel :	

<b>MODE DE PAIEMENT</b>			
<input type="checkbox"/> Chèque			
<input type="checkbox"/> Visa	_____ / _____	_____	_____
	N° de carte	Date expiration	CVC (code à 3 chiffres au verso)
<input type="checkbox"/> MC	_____ / _____	_____	_____
	N° de carte	Date expiration	CVC (code à 3 chiffres au verso)
	_____		
	Signature		

<b>SIGNATURE ET AUTORISATION</b>
Par la présente, j'autorise l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec à prélever le montant mentionné ci-dessus sur ma carte de crédit.
Date : _____
Signature : _____

Veuillez retourner le présent formulaire dûment rempli et signé à l'attention de **madame Clémence Carpentier**

**Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec**  
1440, rue Sainte-Catherine Ouest, bureau 721  
Montréal (Québec) H3G 1R8  
Télécopieur : 514 931.3621 | Courriel: [secadm@opiq.qc.ca](mailto:secadm@opiq.qc.ca)