

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT DE PERCEPTION PAR CARTE DE CRÉDIT

RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Nom : _____ Prénom : _____

Numéro de permis : _____

AUTORISATION DE PERCEPTION

Raison : _____

Montant (obligatoire) : _____

Type de carte : Visa Mastercard

Nom du détenteur : _____

J'autorise l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec à prélever le montant mentionné ci-dessus sur ma carte de crédit.

Signature du détenteur de la carte: _____

Date : _____

Pour des raisons de sécurité, ne pas inscrire votre numéro de carte de crédit sur le formulaire. Merci.



Enregistrer le document et le retourner par courriel à l'adresse suivante : adjointe.tableaumembres@opiQ.qc.ca

Ou par télécopieur : 514 931-3621