

VEUILLEZ TÉLÉCHARGER LE FORMULAIRE AVANT DE LE REMPLIR ET L'ENREGISTRER

RENSEIGNEMENT GÉNÉRAUX	
Nom :	Prénom :
Numéro de permis	

AUTORISATION DE PERCEPTION	
Raison :	
Montant (Obligatoire):	
Type de carte :	
<input type="checkbox"/> Visa	<input type="checkbox"/> 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 : _____ Date : _____

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

Veillez retourner ce formulaire dûment rempli et signé par courriel à adjointe.tableaumembres@opiq.qc.ca