

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

TITRE DU DOCUMENT	TARIFS	QUANTITÉ	TOTAL
Prise en charge du patient adulte ventilo-assisté (2010)	25 \$		

COORDONNÉES		
Nom:	Prénom:	
Adresse:		
Ville:	Province:	Code postal:
Courriel:		

MODE DE PAIEMENT

L'Ordre vous contactera pour obtenir les informations de votre carte de crédit, mais vous devez signer ci-dessous pour autoriser le prélèvement.

Carte de crédit Visa Mastercard

Signature: _____

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