

**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](mailto:adjointe.tableaumembres@opiq.qc.ca)