

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 :	
☐ 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 : _____ Date : _____
(signature manuscrite)

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