

Demande de paiement par carte de crédit

Veillez vous assurer de bien indiquer l'adresse postale de votre carte afin de valider correctement celle-ci pour éviter les délais.

Nom de la compagnie indiqué sur la carte: _____

Nom de la compagnie indiqué sur la carte: _____

Tél. de l'institution bancaire _____

Adresse de facturation de la carte _____

Ville: _____ Province: _____

Code Postal _____

Numéro de Téléphone: _____

Télécopieur: _____

Type de carte: Visa MasterCard American Express

Numéro de la carte: _____

Date d'expiration: _____ Montant total: _____

Numéro de la facture ou commande : _____

Date: _____

Signature d'autorisation: _____

Nom d'autorisation (lettres moulées): _____

L'**émetteur** de la carte identifié sur ce formulaire est autorisé à payer le montant TOTAL inscrit sur présentation du document approprié.

Le **détenteur** de la carte consent à payer le montant total indiqué (incluant tout autre frais relatifs) à la société émettrice selon l'entente passée avec le détenteur de la carte.

**RETOURNER CE FORMULAIRE PAR COURRIEL OU PAR
TÉLÉCOPIEUR AU 613-632-2030**