



Formulaire de Paiement Direct

Instructions: Veuillez dûment compléter le formulaire ci-joint. Dans la section Informations de Paiement, choisissez votre méthode de paiement et complétez la partie du formulaire correspondante.

Date: _____

Nom du Prestataire de Service: _____

Spécialité Médicale: _____

Adresse (pas de boîte postale): _____

Ville: _____ Code Postal: _____ Pays: _____

Téléphone: _____ Fax: _____

Email: _____ Site Internet: _____

Personne à Contacter: _____

Service/Titre: _____ Téléphone: _____

Information de Paiement

Les versements peuvent être effectués directement par transfert bancaire. Si vous préférez un paiement par transfert bancaire, veuillez l'indiquer sur le formulaire:

Nom de la Banque: _____

Adresse de la Banque (pas de boîte postale): _____

Bénéficiaire/Nom du Titulaire: _____

Numéro du Compte: _____ Type de Devise*: _____

Code Banque: _____ Code Guichet: _____

Swift/BIC **: _____ IBAN **: _____

* Si la devise monétaire n'est pas spécifiée, les paiements seront effectués en Dollars U.S.

** Un Code Swift et/ou numéro IBAN doivent être fournis, afin d'effectuer un transfert.

-OU-

Un chèque peut être envoyé par courrier international prioritaire à l'adresse indiquée sur ce formulaire. Si vous préférez un paiement par chèque, veuillez indiquer ci-dessous, à quel ordre les chèques doivent être établis (les chèques sont issus exclusivement en Dollars U.S.):

Chèque Payable à l'ordre de: _____