

Consentement de paiement
à la demande du client/patient

Web

Clinique de psychologues inc
Services multidisciplinaires
293, boul. Lacombe
Repentigny Qc J5Z 2V6

Téléphones 450.654.2986

514.813.2986

Courriel : admin@cliniquedepsychologues.com

cliniquedepsychologues.com

Faxe : 514.360.2942



Date (aaaa.mm.jj) _____ . _____ . _____

Le nom de l'entreprise et OU du particulier

Veuillez compléter le formulaire et nous le retourner par télécopieur et ou par courriel. (SVP, ne pas poster) Merci!

Mastercard Numéro de la carte ____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____

Expiration ____/____ (mm.aaaa)

3 chiffres de sécurité derrière votre carte _____

Le nom du détenteur de la carte _____

Autorisation (indiquez le nom de la personne titulaire de la carte de crédit) * Écrire en lettres carrées et lisible.

J'autorise la Clinique de Psychologues Inc à porter le montant de _____ \$ (Dollars Canadien)

J'autorise la Clinique de Psychologues Inc pour un paiement. * **Veuillez initialiser pour un paiement.**

Pour un paiement

Date du paiement (aaaa.mm.jj) _____ . _____ . _____

Il est possible que votre paiement soit traité dans le délai d'une heure à 3 jours ouvrables après réception du consentement. Merci!

Pour toute fausse déclaration, vous êtes tenue responsable. Vos initiales :

Signature : _____ Date : _____

Date de la facture	Le numéro de la facture	Montant de la facture	Montant payé	À l'usage de la clinique
		\$	\$	
		\$	\$	
		\$	\$	