

PAIEMENT PAR TRANSFERT ÉLECTRONIQUE DE FONDS (TEF)

Formulaire d'adhésion pour dépôt direct

Coordonnées du résident ou de l'externe en médecine			
Nom et prénom :		No pratique:	
Adresse :			
Ville :	Province :	Code postal :	
Téléphone :		Courriel :	
Numéro de taxes ou N.A.S.			
Taxe fédérale (TPS) :	non applicable	Taxe provinciale (TVQ) :	non applicable
Numéro d'assurance sociale : Si première demande : fournir par téléphone à Riwa Beayni: 450-463-6071 poste 213543			
Coordonnées de l'institution financière **Joindre un spécimen de chèque avec la mention "Annulé"			
Nom :			
Numéro de l'institution :			
Numéro de la succursale :			
Numéro de compte :			
Destinataire de l'avis de paiement			
Envoyer l'avis de paiement à :			
Courriel :			

Signature et titre

Date

--	--

Veillez retourner ce formulaire dûment rempli et signé
accompagné d'un spécimen de chèque avec la mention « **Annulé** » :

Par courriel à :

logement.hclm.ciassmc16@ssss.gouv.qc.ca