Canadian Alliance of Physiotherapy Regulators
Alliance canadienne des organismes de réglementation de la physiothérapie

Formulaire d'autorisation de la carte de crédit

Type de carte de crédit (cocher une option) : ☐ Visa ☐ MasterCard

J'autorise l'Alliance canadienne des organismes de réglementation de la physiothérapie à porter les frais suivants à ma carte de crédit :

Montant : |__|__|__|__| . |__|__| en dollars canadiens

Numéro de la carte de crédit :

|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Code de validation de la carte (les trois chiffres au dos de la carte) : |__|__|__|

Date d'expiration : |__|__| |__|__|__|__|
Mois Année

Nom du titulaire de la carte (nom complet en lettres moulées, tel qu'il figure sur votre carte) :

|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Signature du titulaire de la carte : ____

Nom du candidat/demandeur :

|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Signature du candidat/demandeur : ____

Raison du paiement (type de frais) :____

Date : |__|__| |__|__| |__|__|__|__|
Jour Mois Année

1243 Islington Avenue, Suite 501, Toronto ON M8X 1Y9 t:416-234-8800 f: 416-234-8820 www.alliancept.org