



**Échographie<sup>®</sup>  
Canada**

## Formulaire de paiement

Assurance responsabilité professionnelle pour les membres actifs

COORDONNÉES		
Nom :	Téléphone :	
Courriel :	# d'Échographie Canada :	
Adresse postale :		
Ville :	Province :	Code postal :

EMPLOYEUR		
Nom de l'entreprise :	Téléphone :	
Courriel :	Extension :	
Adresse postale :		
Ville :	Province :	Code postal :

FRAIS D'ASSURANCE RESPONSABILITÉ PROFESSIONNELLE (Valide du 1 mai 2020 au 30 avril 2021)									
	Ont.	Qc	N.-B./N.-É.	T.-N. -L.	Man.	Î.-P.-É.	Alb./Yn/T.N.-O	Sask.	C.-B.
Frais d'ARP pour une couverture de 5 million de dollars = 85,00 \$ avant les taxes									
Frais d'ARP y compris les taxes	91,80 \$ <input type="checkbox"/>	92,65 \$ <input type="checkbox"/>	85,00 \$ <input type="checkbox"/>	97,75 \$ <input type="checkbox"/>	91,80 \$ <input type="checkbox"/>	85,00 \$ <input type="checkbox"/>	85,00 \$ <input type="checkbox"/>	90,10 \$ <input type="checkbox"/>	85,00 \$ <input type="checkbox"/>
Taux	8 % TVH	9 % TVQ		15 % TVH	8 % TVH			6 % TVP	

MODALITÉ DE PAIEMENT	
<input type="checkbox"/> Chèques (À l'ordre d'Échographie Canada. Nous n'acceptons PAS de chèques postdatés.)	
<input type="checkbox"/> Mandat-poste	
<input type="checkbox"/> MasterCard <input type="checkbox"/> VISA	Montant :
Numéro de carte de crédit : -   -   -	Date d'expiration :      Numéro CCV : ____ / ____ Mois                      Année
Nom tel qu'il apparaît sur la carte : (imprimez svp)	Signature du titulaire :

Je reconnais qu'en tant que titulaire d'une police d'assurance responsabilité professionnelle (ARP) d'Échographie Canada, je vais recevoir des mises à jour périodiques concernant le programme.

**Veuillez s'il vous plaît faire parvenir votre formulaire de demande à l'adresse ci-dessous :**

Boîte postale 1220, Kemptville, ON K0G 1J0  
Téléphone sans frais : 1-888-273-6746 Télécopieur sans frais : 1-888-743-2952  
[info@sonographycanada.ca](mailto:info@sonographycanada.ca) [www.sonographycanada.ca](http://www.sonographycanada.ca)