

Formulaire de paiement

Assurance responsabilité professionnelle pour les membres praticiens non-accrédités

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 (Valable 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 = 140,00 \$ avant les taxes									
Frais d'ARP y compris les taxes	151,20 \$ ☐	152,60 \$ ☐	140,00 \$ ☐	161,00 \$ ☐	151,20 \$ ☐	140,00 \$ ☐	140,00 \$ ☐	148,40 \$ ☐	140,00 \$ ☐
Taux	8 % TVH	9 % TVQ	15 % TVH	8 % TVH	6 % TVP				

MODALITÉ DE PAIEMENT	
☐ Chèques (À l'ordre d'Échographie Canada. Nous n'acceptons PAS de chèques postdatés.) ☐ Mandat-poste	
☐ MasterCard ☐ 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 www.sonographycanada.ca