

Demande de retrait d'un examen et de remboursement

1. IDENTIFICATION (VEUILLEZ ÉCRIRE LISIÈLEMENT OU TAPER)			
Prénom	Autre prénom/Initiale	Nom de famille	Date : _____ (J / M / A)
Adresse			
Casier postal ou route rurale (le cas échéant)		Ville	
Province	Code postal	Pays	
N° d'Échographie Canada (le cas échéant)			
Numéro de téléphone			

2. DE QUEL EXAMEN EN PARTICULIER DEMANDEZ-VOUS DE VOUS RETIRER ET D'OBTENIR UN REMBOURSEMENT :	
<input type="checkbox"/> De Base	13 janvier 2021
<input type="checkbox"/> Cardiaque	14 janvier 2021
<input type="checkbox"/> Vasculaire	14 janvier 2021
<input type="checkbox"/> Généraliste (les 3 composantes)	15 janvier 2021
<input type="checkbox"/> Composante obstétricale/gynécologique <input type="checkbox"/> Composante abdominale / structures superficielles <input type="checkbox"/> Composante vasculaire / Généraliste	

3. VEUILLEZ INDIQUER LA RAISON DE VOTRE RETRAIT DE L'EXAMEN (FACULTATIF).
_____ _____

VEUILLEZ TRANSMETTRE LA DEMANDE DE RETRAIT PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE À :

EXAMINFO@SONOGRAPHYCANADA.CA

À L'USAGE EXCLUSIF DU BUREAU D'ÉCHOGRAPHIE CANADA

Date de réception : _____ Date de traitement et remboursement : _____

Notes spéciales : _____