

**Demande de retrait d'un examen et de remboursement****1. IDENTIFICATION (VEUILLEZ ÉCRIRE LISIBLEMENT 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 :

- | | |
|--------------------------------------|---------------------|
| ☐ De Base | séance de janvier |
| ☐ Cardiaque | séance de mai |
| ☐ Vasculaire | séance de septembre |
| ☐ 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 : _____