# Conseil d’accréditation de l’Institut canadien des inspecteurs en santé publique

Formulaire de demande de remplacement de certificat

# Salutation (Mme, M.) Écrivez votre nom en caractères d’imprimerie : Prénom/Nom Numéro de certificat



**Adresse postale (no d’appartement, numéro et rue)**

# Ville Province Code postalAdresse électronique

**Téléphone résidentiel**

( ) –

# Téléphone cellulaire

( ) –

# Raison du remplacement

Perte du certificat

Changement de nom (fournir un document délivré par le gouvernement) Autre (veuillez préciser) :

**Authentification** Nom du membre de l’ICISP : Numéro de certificat : Signature :

Nom du représentant de la branche du conseil d’accréditation :

Numéro de certificat : Signature :

# Frais d’administration (50,00 $ + Taxe\*)

Mode de paiement

Chèque certifié (à l’ordre de l’Institut canadien des inspecteurs en santé publique) Mandat (à l’ordre de l’Institut canadien des inspecteurs en santé publique)

Carte de crédit

Visa Mastercard Mastercard American Express Nom du titulaire de la carte (en lettres d’imprimerie)

Adresse de facturation du titulaire de la carte

Ville Province/État Code postal/Code ZIP

Numéro de la carte / / /

Date d’expiration /

Code de vérification de la carte



# \* Les taxes provinciales applicables doivent être ajoutées à tous les frais. L’adresse postale du candidat est utilisée pour déterminer la taxe provinciale applicable.

**Signature du candidat Date :** (jj/mm/aaaa)

No 720 – 999 West Broadway • Vancouver BC V5Z 1K5 • Téléphone : 888 245-8180 • Télécopieur : 604 738-4080

[www.ciphi.ca](http://www.ciphi.ca/) [office@ciphi.ca](mailto:office@ciphi.ca)