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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

Formulaire relatif au mode de paiement

(ce formulaire doit être joint à la demande d’admission et au paiement)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Les taxes provinciales applicables doivent être ajoutées à tous les frais du conseil d’accréditation. L’adresse postale du candidat est utilisée pour déterminer le taux d’imposition provincial/territorial applicable. Veuillez consulter le** [**Tableau**  **des prix du conseil d’accréditation**](http://ciphi.ca/pdf/bocpriceschart.pdf) **sur le site Web de l’ICISP pour déterminer le montant exact des frais et des taxes.** | | | | | | | | | | | |
| **Nom du candidat :** | | | | | | | | | | | |
| **Courriel : Téléphone :** | | | | | | | | | | | |
| **Adresse :** | | | | | | | | | | | |
| **Ville : Province/État : Code postal/Code ZIP :** | | | | | | | | | | | |
| **En cas de paiement par chèque certifié ou par mandat, veuillez remplir le formulaire suivant :** | | | | | | | | | | | |
| Le chèque ou le mandat doit être libellé à l’ordre de : L’Institut canadien des inspecteurs en santé publique. Remarque : Les chèques personnels ne sont pas acceptés. | | | | | | | | | | | |
| **Chèque certifié Mandat** | Montant : $ | | | | | | | | | | |
| **En cas de paiement par carte de crédit, remplissez le formulaire suivant :** | | | | | | | | | | | |
| **VISA** |  |  |  |  |  | **Mastercard** |  |  |  | **American Express** |
| **Numéro de la carte** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Date d’expiration** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| (mois/année) | | | | | | | | | | | |
| **Code de vérification de la carte** |  |  |  |  |  |  | Montant |  |  | : $ |
| **Nom du titulaire de la carte (en lettres d’imprimerie)** | **:** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Signature du titulaire de la carte :** | | | | | | | | | | | |
| **Adresse de facturation du titulaire de la carte :** | | | | | | | | | | | |
| **Ville :** |  |  |  |  |  | **Province/État :** |  |  |  | **Code postal/Code ZIP :** |