Effacer les donnees du formulaire

Imprimer le formulaire

College of Respiratory Therapists of Ontario

Ordre des thérapeutes respiratoires de l'Ontario

Formulaire de PAIEMENT

1. COORDONN/ES PERSONNELLES

PRÉNOM NOM DE FAMILLE

Nº d'inscription de l'OTRO (s'il y a lieu)

APP. ADRESSE MUNICIPALE

VILLE PROVINCE

CODE POSTAL PAYS

COURRIEL

NUMÉRO DE TÉLÉPHONE

2. RENSEIGNEMENTS DE PAIEMENT

Raison : ☐ Inscription générale ☐ Inscription de diplômé ☐ Évaluation ☐ Autre :

Montant du paiement : **$** (voir barème de frais pour le montant)

Mode de paiement :

☐ Chèque ☐ Mandat (à l'ordre de l'OTRO)

☐ Banque en ligne/télépaiement (votre numéro de compte est votre numéro d'inscription de l'OTRO)

Nom de banque _____ Date de trans. (MM/JJ/AAAA) _____ N° de réf. _____

☐ Visa ☐ Master Card

Numéro de carte Date d'expiration

SIGNATURE _____ NOM SUR LA CARTE_____

ENVOYEZ VOTRE PAIEMENT À :
OTRO, 180, rue Dundas Ouest, Bureau 2103 Toronto (Ontario) M5G 1Z8
TÉLÉCOPIEUR : (416) 591-7890, COURRIEL : ng@crto.on.ca
QUESTIONS :
TÉL. : (416) 591-7800 ou sans frais 1 800 261-0528, COURRIEL : ng@crto.on.ca Site web www.crto.on.ca

RÉSERVÉ AU BUREAU							DATE DE RÉCEPTION	N° D'AUTORISATION.	COMMENTAIRES