



## FORMULAIRE D'INSCRIPTION POUR LES PROFESSIONNELS AFFILIÉS

### Coordonnées du docteur affilié

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
Titre (OD/MD/DO) : \_\_\_\_\_ Téléphone : (    ) \_\_\_\_\_  
Adresse de courriel personnel : \_\_\_\_\_

## LISTE DES ENDROITS DESQUELS VOUS FAITES DES RECOMMANDATIONS

### Coordonnées d'une clinique supplémentaire

Nom de la clinique : \_\_\_\_\_  
Numéro de téléphone de la clinique : (    ) \_\_\_\_\_ Numéro de télécopieur : (    ) \_\_\_\_\_  
Adresse (numéro, rue, bureau) : \_\_\_\_\_  
Ville : \_\_\_\_\_ Province/État : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

#### OBLIGATOIRE

##### Transfert électronique de fonds (TEF)

Vous **devez** fournir les **deux** éléments suivants :

1. Un spécimen de chèque
2. Une adresse de courriel où envoyer la confirmation du paiement (si elle est différente de l'adresse de courriel personnelle) :

\_\_\_\_\_

### Coordonnées d'une clinique supplémentaire

Nom de la clinique : \_\_\_\_\_  
Numéro de téléphone de la clinique : (    ) \_\_\_\_\_ Numéro de télécopieur : (    ) \_\_\_\_\_  
Adresse (numéro, rue, bureau) : \_\_\_\_\_  
Ville : \_\_\_\_\_ Province/État : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

#### OBLIGATOIRE

##### Transfert électronique de fonds (TEF)

Vous **devez** fournir les **deux** éléments suivants :

1. Un spécimen de chèque
2. Une adresse de courriel où envoyer la confirmation du paiement (si elle est différente de l'adresse de courriel personnelle) :

\_\_\_\_\_



### Coordonnées d'une clinique supplémentaire

Nom de la clinique :

Numéro de téléphone de la clinique : ( )

Numéro de télécopieur : ( )

Adresse (numéro, rue, bureau) :

Ville :

Province/État :

Code postal :

#### OBLIGATOIRE

##### Transfert électronique de fonds (TEF)

Vous **devez** fournir les **deux** éléments suivants :

1. Un spécimen de chèque
2. Une adresse de courriel où envoyer la confirmation du paiement (si elle est différente de l'adresse de courriel personnelle) :

\_\_\_\_\_

### Coordonnées d'une clinique supplémentaire

Nom de la clinique :

Numéro de téléphone de la clinique : ( )

Numéro de télécopieur : ( )

Adresse (numéro, rue, bureau) :

Ville :

Province/État :

Code postal :

#### OBLIGATOIRE

##### Transfert électronique de fonds (TEF)

Vous **devez** fournir les **deux** éléments suivants :

1. Un spécimen de chèque
2. Une adresse de courriel où envoyer la confirmation du paiement (si elle est différente de l'adresse de courriel personnelle) :

\_\_\_\_\_

### Coordonnées d'une clinique supplémentaire

Nom de la clinique :

Numéro de téléphone de la clinique : ( )

Numéro de télécopieur : ( )

Adresse (numéro, rue, bureau) :

Ville :

Province/État :

Code postal :

#### OBLIGATOIRE

##### Transfert électronique de fonds (TEF)

Vous **devez** fournir les **deux** éléments suivants :

1. Un spécimen de chèque
2. Une adresse de courriel où envoyer la confirmation du paiement (si elle est différente de l'adresse de courriel personnelle) :

\_\_\_\_\_

**Veillez nous faire parvenir votre formulaire rempli par télécopieur au  
numéro sans frais 1-800-962-1456 ou par courriel à [cogestion@visiongrouppcanada.ca](mailto:cogestion@visiongrouppcanada.ca)**



### Coordonnées d'une clinique supplémentaire

Nom de la clinique :

Numéro de téléphone de la clinique : ( )

Numéro de télécopieur : ( )

Adresse (numéro, rue, bureau) :

Ville :

Province/État :

Code postal :

#### OBLIGATOIRE

##### Transfert électronique de fonds (TEF)

Vous **devez** fournir les **deux** éléments suivants :

1. Un spécimen de chèque
2. Une adresse de courriel où envoyer la confirmation du paiement (si elle est différente de l'adresse de courriel personnelle) :

\_\_\_\_\_

### Coordonnées d'une clinique supplémentaire

Nom de la clinique :

Numéro de téléphone de la clinique : ( )

Numéro de télécopieur : ( )

Adresse (numéro, rue, bureau) :

Ville :

Province/État :

Code postal :

#### OBLIGATOIRE

##### Transfert électronique de fonds (TEF)

Vous **devez** fournir les **deux** éléments suivants :

1. Un spécimen de chèque
2. Une adresse de courriel où envoyer la confirmation du paiement (si elle est différente de l'adresse de courriel personnelle) :

\_\_\_\_\_

### Coordonnées d'une clinique supplémentaire

Nom de la clinique :

Numéro de téléphone de la clinique : ( )

Numéro de télécopieur : ( )

Adresse (numéro, rue, bureau) :

Ville :

Province/État :

Code postal :

#### OBLIGATOIRE

##### Transfert électronique de fonds (TEF)

Vous **devez** fournir les **deux** éléments suivants :

1. Un spécimen de chèque
2. Une adresse de courriel où envoyer la confirmation du paiement (si elle est différente de l'adresse de courriel personnelle) :

\_\_\_\_\_

**Veillez nous faire parvenir votre formulaire rempli par télécopieur au  
numéro sans frais 1-800-962-1456 ou par courriel à [cogestion@visiongrouppcanada.ca](mailto:cogestion@visiongrouppcanada.ca)**