

FORMULAIRE D'AUTORISATION DE PAIEMENT PAR CARTE DE CRÉDIT

*Doit être rempli et soumis pour tout paiement par carte de crédit
qui ne peut pas être soumis en ligne.*

Nota : Les paiements par carte de crédit seront traités en devises canadiennes seulement.

Nom de famille	Prénom(s)
Matricule du CMC (si vous le connaissez)	

Raison pour le paiement – Frais associés à :

- l'examen d'évaluation (EECMC)
- l'examen d'aptitude, partie I (EACMC, partie I)
- l'examen d'aptitude, partie II (EACMC, partie II)
- examen clinique objectif structuré (ECOS) de la Collaboration nationale en matière d'évaluation (CNE)
- autres frais (veuillez préciser) : _____

En tant que titulaire, j'autorise le Conseil médical du Canada à porter à ma carte le montant de
_____ \$CAN

Mode : VISA MasterCard

Nous acceptons **UNIQUEMENT** les paiements par VISA ou MasterCard

Numéro de la carte de crédit:

Date d'expiration :

_____/_____/_____/_____

____/____
mois / année

Le titulaire de la carte de crédit doit inscrire son nom en caractères d'imprimerie et apposer sa signature :

Nom du titulaire de la carte :
(en caractères d'imprimerie)

Signature du titulaire de la carte :

Adresse du titulaire de la carte :
(si elle diffère de l'adresse du candidat)