



Formulaire de paiement de l'OTLMO

Date :

Méthode de transmission

Pour transmettre le formulaire de paiement de l'OTLMO, veuillez envoyer le formulaire dûment rempli aux services suivants :

- Pour les demandes de changement de catégorie et de certificat mural, veuillez envoyer le formulaire par courriel à registration@cmlto.com.
- Pour les demandes de publication d'offres d'emploi, veuillez envoyer le formulaire par courriel à corporatifateservices@cmlto.com

Coordonnées

Nom complet :

N° d'inscription de l'OTLMO : État :

Adresse municipale :

Ville : Province/État :

Pays : Code postal :

Adresse courriel :

Motif de la demande

Numéro de facture de l'offre d'emploi :

Changement de catégorie de Pas en exercice à En exercice

Demande de réimpression du certificat mural

Certificat d'autorisation pour une société professionnelle de la santé

Renouvellement annuel du certificat d'autorisation pour une société professionnelle de la santé

Autres frais pour une société professionnelle de la santé

Confirmation du consentement

Je soussigné(e), , donne par la présente mon accord à l'OTLMO pour qu'il fournisse mes renseignements à l'institution demandée ci-dessus. J'autorise l'OTLMO à effectuer un prélèvement sur ma carte de crédit à l'aide des renseignements que j'ai fournis pour les services convenus que j'ai sélectionnés. Je comprends que mes renseignements de paiement seront traités par E-xact Transaction, qui est le fournisseur de paiement autorisé de l'OTLMO.



Renseignements sur le paiement

Tous les renseignements financiers contenus dans le présent formulaire seront expurgés une fois traités. L'OTLMO ne conserve d'aucune manière les données financières d'une personne.

Motif du prélèvement :

Si « Autre », veuillez indiquer :

Nom du titulaire de la carte : Montant autorisé :

Type de carte : Visa MasterCard

Numéro de carte de crédit Date d'échéance :

Renseignements sur le titulaire de la carte (Veuillez remplir si l'adresse du titulaire de la carte est différente de l'adresse ci-dessus.)

Nom complet :

Adresse municipale :

Ville : Code postal :

Province/État : Pays :

Lien avec l'inscrit :

Réservé à l'usage du bureau

Traitée par : Date de traitement :

Approuvé par : Date d'approbation :

Remarque :

Numéro d'autorisation : Date de traitement :

Traitée par :