

Service de paiement ITRANS ON - Non membres de l'ADC

**VEUILLEZ REMPLIR ET
FAXER AU : 613-736-8030****INFORMATION SUR LE DOCTEUR**

Nom du dentiste: _____

EN LETTRES MOULÉES S.V.P.

N° d'identification unique personnel à 9 chiffres: _____

Adresse électronique pour avis d'urgence de ITRANS : _____

 Pour du service plus rapide svp envoyer mon mot de passe au No de télécopieur énuméré ci-dessous.

Cocher cette boîte libère Continovation Services Inc. de n'importe quelle responsabilité de sécurité et le dentiste énuméré reconnaît que ce le moyen de transport peut être insécuré ou bloqué, et que l'information personnelle contenue dans cette communication pourrait être inspecté par autres personnes ou être perdue dansle transport.

*OBLIGATOIRE POUR ACTIVATION

INFORMATION SUR LE CABINETAdresse: _____
RUE VILLE PROVINCE CODE POSTAL

N° DE TÉLÉPHONE

N° DE TÉLÉCOPIEUR

N° d'identification unique du cabinet à 4 chiffre (N° CDAnet™): _____

Logiciel de gestion de cabinet: _____

Personne(s) ressource : _____

EN LETTRES MOULÉES S.V.P.

NOTER: Les personnes ressource peuvent obtenir votre mot de passe.

PAIEMENT DE FRAIS

Frais d'accès au certificat numérique ITRANS : 30\$ x ____ mois (jusqu'au 31 Déc. 2010) + 13% TVH = _____ \$

Frais annuels d'accès au service de paiement ITRANS : ■ 125 \$ + 16,25 \$ TVH = 141,25 \$

Méthode de paiement choisie :

Option A : VISA MasterCard Nom du titulaire : _____

EN LETTRES MOULÉES S.V.P.

N° de compte : _____

Date d'expiration : ____ / ____
MOIS ANNÉE

Signature du titulaire : _____

Option B : Paiement par chèque fait à l'ordre de "Continovation Services Inc."
et posté à l'adresse suivante : 800 av. Industrial, unité 11, Ottawa, ON K1G 4B8**CONSENTEMENT POUR LES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS**

Afin de vous offrir les services de transaction et de messagerie d'ITRANS^{MC} et de vous fournir un certificat de sécurité numérique d'ITRANS^{MC}, Continovation Services Inc. (CSI) se doit de recueillir, conserver, utiliser, divulguer et partager vos renseignements personnels avec les parties suivantes : l'Association dentaire canadienne, votre organisme de réglementation et d'autorisation d'exercer (collège), votre institution financière, Paymentech, les administrateurs de régimes de soins de santé et les payeurs, les fournisseurs de logiciels de gestion du cabinet, les laboratoires et d'autres fournisseurs de services (appelés collectivement, tierces parties). J'autorise CSI et ces tierces parties à recueillir, conserver, utiliser, divulguer et partager mes renseignements personnels; et tout autre renseignement nécessaire à la prestation de ces services. L'énoncé de confidentialité de CSI est disponible sur le Web à l'adresse suivante : www.continovation.com

Signature de dentiste: _____

Date: _____

Communiquez avec le service d'assistance ITRANS au 1 866 788 1212 pour toute question