

Service de réclamation ITRANS CB- Denturologiste

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

Nom du denturologiste: _____

Numéro d'identification du fournisseur (identification unique personnel à 9 chiffres de DACnet^{MC}): _____

Adresse électronique pour avis d'urgence de ITRANS: _____

INFORMATION SUR LE CABINETAdresse: _____
RUE VILLE PROVINCE CODE POSTALIdentification unique du site à quatre caractères DACnet^{MC}: _____ Tél: _____ Fax : _____

Envoyer les avis administratifs importants ITRANS à l'adresse électronique suivante: _____

Logiciel de gestion de cabinet: _____

Personne-ressource autorisée: _____

↳ Nom(s) de la (des) personne(s)-ressource(s) ayant la permission d'obtenir votre mot de passe pour le certificate numérique ITRANS.

DESTINATION ALTERNATIVE DE LA LIVRAISON DE L'INFORMATION DE MOT DE PASSE

Veillez envoyer mon information de mot de passe à l'adresse énumérée ci-dessous au lieu de l'adresse de cabinet spécifié ci-dessus.

Adresse: _____
RUE VILLE PROVINCE CODE POSTAL

Veillez envoyer mon information de mot de passe au numéro de fax ci-dessous au lieu du au numéro de fax du cabinet spécifié ci-dessus

Fax : _____

CONSENTEMENT À LA TRANSMISSION PAR TÉLÉCOPIEUR

Consentir la transmission par télécopieur décharge Continovation Services Inc. de toute garantie d'obligation. Le dentiste nommé reconnaît que ce mode de communication pourrait ne pas être sûr et les renseignements personnels contenus dans ce document peuvent être perdus ou vus par un tiers. Ceci autorise CSI à envoyer dorénavant le mot de passe par télécopieur à la demande de la personne-ressource autorisée.

Signature du denturologiste: _____ Date: _____

AUCUNES ESTAMPILLES S'IL VOUS PLAÎT**PAIEMENT DE FRAIS**Frais annuels d'accès au service de réclamation ITRANS: 180 \$ ~~spéciale de lancement~~: 120 \$ + 14,40\$ TVH = 134,40 \$ VISA MasterCard Nom du titulaire (lettres moulées s.v.p.): _____

N° de compte : _____

Date d'expiration (mois/année) : ____ / ____

Signature du titulaire : _____

 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 de ITRANS^{MC} et de vous fournir un certificat de sécurité numérique de 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 du denturologiste: _____ Date: _____

AUCUNES ESTAMPILLES S'IL VOUS PLAÎT***OBLIGATOIRE***