

Échange ITRANS de documents - Pour laboratoires

**VEUILLEZ REMPLIR ET
FAXER AU : 613-736-8030**

INFORMATION SUR LE LABORATOIRE

Nom de la compagnie: _____

Adresse: _____
RUE VILLE PROVINCE CODE POSTAL

Tel: _____ Télécopieur: _____

Site web de la société: _____

Personne(s)-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

Envoyer les avis d'expiration du certificat numérique ITRANS à l'adresse électronique suivante:

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

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.

Signé par: _____ (Dirigeant de signature autorisé -inscrire en lettre moulé s.v.p.)

Signature: _____ Date: _____

Remarque : Si la méthode de transmission du mot de passe par télécopieur n'est pas autorisée, CSI enverra le mot de passe par la poste.

PAIEMENT DE FRAIS

Frais annuels d'accès au service de réclamation ITRANS : 200 \$ + 10 \$ TPS = 210 \$

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.

Signé par: _____ (Dirigeant de signature autorisé -inscrire en lettre moulé s.v.p.)

Signature: _____ Date: _____

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