



CENTRE  
BOUCHE À OREILLE

140, rue de Martigny Ouest,  
Saint-Jérôme, Québec J7Y 2G1  
450 436-2525

**Formulaire d'autorisation pour paiement par carte de crédit**  
**Credit card payment authorization form**

**Nom du dossier client :** \_\_\_\_\_

Visa

Mastercard

Numéro de carte  
Card number

\_\_\_\_\_

Numéro de validation  
Security code

\_\_\_\_\_

*(3 chiffres à la fin de la carte, ou inscrit à l'endos de la carte sur l'étiquette de signature /  
3 digit code at the end of the card or on reverse side of the card on the signature label)*

Nom du titulaire  
Cardholder's name

\_\_\_\_\_

Date d'expiration  
Expiration date

\_\_\_\_\_

*Mois/Month*

*Année/Year*

J'autorise le Centre Bouche à Oreille à facturer ma carte de crédit mentionnée plus haut et ce, au montant des rencontres prédéterminées une fois que la rencontre professionnelle sera effectuée et ce jusqu'à avis contraire de ma part / I authorize Centre Bouche à Oreille to bill my credit card of the amount of the predetermined charges once the professional meeting will be made and this until further notice of my part.

Signature du titulaire \_\_\_\_\_

Nom  
Name

\_\_\_\_\_

*(en lettre moulé / please print)*

Adresse  
Address

\_\_\_\_\_

*(l'adresse de facturation de la carte de crédit / credit card billing address)*