

Formulaire pour le renouvellement à DACnet™

S'il-vous-plaît, remettre votre paiement avec ce formulaire

Aucun changement

OU

Indiquez les changements ci-dessous

Nom du denturologiste _____

Nom du cabinet _____

Adresse : _____

Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____

Téléphone : _____ Télécopieur _____

Courriel du bureau : _____

Courriel du denturologiste : _____

Fournisseur du logiciel : _____

Je suis membre de mon association provinciale : OUI _____ NON _____

Si oui, veuillez indiquer de quelle association provinciale vous être membre :

Vous pouvez également envoyer votre formulaire par télécopie ou par courriel.

Télécopie : 613-902-2840

Courriel : dacnetedi@gmail.com

Tableau provincial - TPS/TVH	
Alberta, Colombie Britannique, Manitoba, Territoires du Nord-Ouest, Nunavut, Saskatchewan, Québec et Yukon	5%
Ontario	13%
Nouveau-Brunswick, Terre-Neuve, Nouvelle-Écosse et Île du Prince-Édouard	15%

**Un membre en règle d'une association de denturologistes provinciale ou territoriale qui est membre de l'Association des denturologistes du Canada.*

**Des frais 75 dollars seront traités pour tout paiement par chèque sans provision.*

**Les renouvellements sont dus le dernier jour du mois. Si le renouvellement est reçu après cette date sans contacter le bureau DACnet, il sera considéré comme un nouvel abonnement avec les tarifs appropriés appliqués.*

PAIEMENT CI-JOINT

Renouvellement annuel	Coût – un an	TPS/TVH	Total	Paiement joint
Membre de l'ADC*	\$180.00			
Non Membre	\$680.00			

- Chèque ou mandat-poste, au nom de l'Association des denturologistes du Canada
- Le paiement s'effectue par virement électronique (envoyé à dacdenturist@bellnet.ca. Merci de mettre le nom de l'abonné dans le champ de note)
- Information carte de crédit (VISA, MasterCard, AMEX)

Numéro : _____ CVV _____ Date d'expiration ____/____

Nom du détenteur de la carte

Signature du détenteur de la carte

**VEUILLEZ POSTER VOTRE DEMANDE AVEC VOTRE PAIEMENT, LA TÉLÉCOPIER
OU LA TRANSMETTRE PAR COURRIEL À :**