

AUTORISATION DE PAIEMENT PAR CARTE DE CRÉDIT

Seulement les personnes dûment autorisées auront accès aux informations de paiement

1. IDENTIFICATION

Nom de famille (à la naissance)	
Prénom	N° membre:

2. COORDONNÉES À JOUR

Adresse (incluant le # d'appartement) :		
Ville	Province	Code postal :
Téléphone	Cellulaire	
Courrier électronique		

3. PAIEMENT PAR CARTE DE CRÉDIT (VISA ou MASTERCARD)

_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	\$
Numéro de carte				Date d'expiration		Montant autorisé	

N.B. Le montant *ci-dessus* inscrit doit correspondre au montant exact à payer

Nom du détenteur de la carte
(En lettres moulées)

Signature

Ce formulaire sera détruit dès que le versement aura été effectué et un reçu vous parviendra par courrier électronique.

À retourner dûment rempli et signé **par courriel** à info@osfq.org

ou par télécopieur au **514-286-0008**