

OPTOMÉTRISTE PARTENAIRE

FORMULAIRE D'INSCRIPTION

Nous vous remercions d'avoir sélectionné la Clinique Chirurgivision pour la référence de vos patients. Afin de procéder au règlement de vos honoraires de cogestion et de votre relevé d'impôt T4A, nous sollicitons certaines informations de votre part. Nous vous prions donc de bien vouloir compléter la section qui vous concerne.

Si vos paiements doivent être effectués à votre nom personnel, nous vous prions de bien vouloir remplir la partie 1.

PARTIE 1	
Nom	Prénom
Adresse d'expédition de vos honoraires	
Téléphone	Télécopieur
N° d'assurance sociale NAS (obligatoire) ____ - ____ - ____	
Adresse courriel	N° de licence de pratique

Si vos paiements doivent être effectués au nom de votre entreprise (exemple : Dr Myope Inc.), nous vous prions de bien remplir la partie 2.

PARTIE 2 (Entreprise incorporée)	
Nom complet de l'entreprise	Nom de l'optométriste référent
Adresse d'expédition de vos honoraires	
Téléphone	Télécopieur
N° d'entreprise au fédéral (RP) (9 chiffres suivis des 4 chiffres) ____ RP ou RC ____	
N° d'indentification attribué par Revenu QC* (10 premiers chiffres du RS) *Ce numéro ne correspond pas au NEQ, mais à celui figurant sur l'avis de cotisation de votre entreprise. ____	
Adresse courriel	N° de licence de pratique

Veuillez envoyer le formulaire dûment rempli par télécopieur au **819 373-9482** ou par courriel à labbott@chirurgivision.com.