**Formulaire de paiement par carte de crédit**

*(Seulement pour payer les frais d’accréditation et d’attestations)*

**Titre de l’activité :**

**Date de l’activité :**

**Organisme médical** :

Carte de crédit : **Visa** [ ]  **Mastercard**  [ ]

Numéro# :

Date d’expiration :

Au nom de :

Téléphone :

Adresse courriel :

Montant :

J’autorise la Direction du DPC de la faculté de médecine de l’Université de Montréal à prélever le montant indiqué sur cette carte de crédit.

Signature :      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Date :

**Prière d’acheminer ce formulaire complété par courriel :**

**accreditation-dpcmed@umontreal.ca**

**Merci!**