



Autorisation de carte de crédit et formulaire de consentement

Je, _____ autorise par la présente, le Centre de Thérapie West Island le paiement de factures pour service rendus ou le paiement de frais d'annulation.

Type de carte: o Visa o MasterCard

Numéro de carte de crédit: _____

Date d'expiration: _____


Nom du titulaire de la carte: _____

Adresse de facturation de la carte: _____

Le montant total sera facturé en dollars canadiens conformément à l'entente préalablement établie avec votre psychologue ou thérapeute.

Signature du détenteur de la carte : _____

Par ma signature, je reconnais les frais décrits dans ce document et assume l'entière responsabilité de ces charges et je conviens d'honorer et respecter les modalités de paiement. Cette autorisation est en vigueur jusqu'à ce que les services soient résiliés.

Merci! 

Signature: _____ Date: _____