**FORMULAIRE D’AUTORISATION DE CARTE DE CRÉDIT/**

**CREDIT CARD BILLING AUTHORIZATION FORM**

| **Information de la carte de crédit / Credit card billing information** |
| --- |

| Nom apparaissant sur la carte / Name on Card |  |
| --- | --- |
| Type de carte de crédit | VisaMaster Card |
| No de carte de crédit / Credit card Number |  |
| Date d’expiration / Expiry Date |  |
| Indiquer les 3 ou 4 chiffres au verso de votre carte de crédit / Indicate the 3 or 4 digit numbers listed on the back of your credit card |  |
| No de telephone / Telephone No |  |
| Adresse courriel / Email address |  |

| Charger une seule fois ma carte de credit pour le montant suivant (**INSCRIRE LE MONTANT AUTORISÉ**) / Bill my credit card once for the following amount**. (ENTER AUTHORIZED AMOUNT)** |  |
| --- | --- |

| S’il vous plait appliquer ce paiement pour la personne **(INSCRIRE LE NOM DE L’ÉTUDIANT)** ou # facture / Please apply this payment to the following person (**ENTER THE STUDENT’S NAME)** or invoice number |  |
| --- | --- |

**Le demandeur convient que tous les renseignements fournis sont complets et exacts.**

**Applicant agrees that all information provided are complete and accurate.**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Signature autorisée Date

Authorized signature

**À retourner ce formulaire rempli au courriel suivant :** **drolland@academiedespompiers.ca**

***Des questions ? Veuillez communiquer avec nous au 450-258-4460***

***Questions ? please contact us 450-258-4460***