MEDIC SOLUTIONS
L'évolution de l'assurance collective

FORMULAIRE DE DEMANDE DE DÉPÔT DIRECT

3542, boul. de la Concorde Est, bur. 107, Laval (Québec) H7E 4W1
Tél. : 514 360-1111 | Tél. sans frais : 1 866 518-0633 | Téléc. : 514 316-3033

1 IDENTIFICATION DE l'ADHÉRENT

No de client	Nom du client
No de certificat	Nom de l'employé

2 IDENTIFICATION DE L'INSTITUTION FINANCIÈRE

Nom de l'institution (Caisse ou Banque)			
Adresse de la succursale			
Ville	Province	Code postal	Téléphone

Numéro de transit	Type de compte ◯ Chèque ◯ Épargne
Numéro de folio/compte	Numéro de l'institution

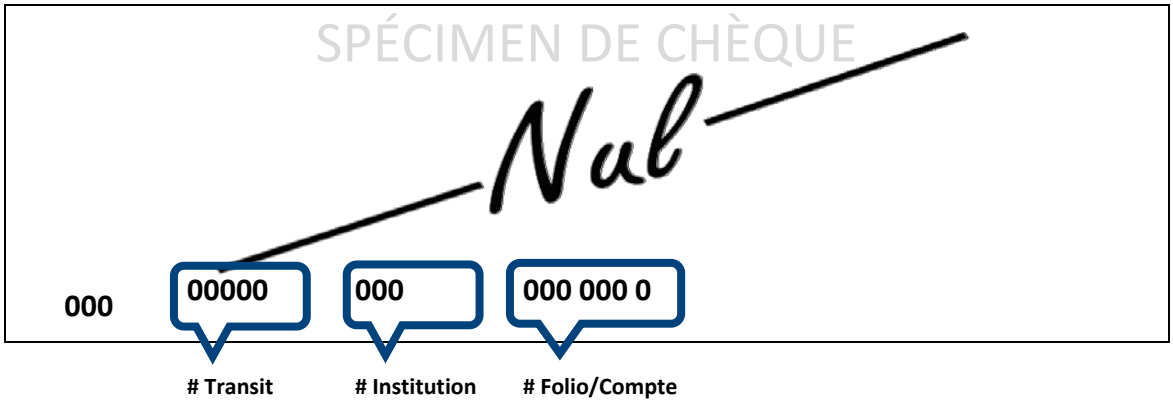
3 AUTORISATION DE L'ADHÉRENT

Je demande que mes prestations soient versées par transfert électronique de fonds (dépôt direct) dans ce compte.
Cette autorisation peut être annulée en tout temps, en nous faisant parvenir une demande écrite.

Date (jj/mm/aaaa) _____ Signature (comme vous le faites sur vos chèques) _____

☐ J'autorise l'utilisation de mon nom imprimé comme signature officielle

IMPORTANT – VEUILLEZ JOINDRE UN SPÉCIMEN DE CHÈQUE AVEC LA MENTION « NUL »



Veuillez retourner le formulaire complété à l'adresse suivante:

Medic Solutions
3542, boul. de la Concorde Est, bur. 107, Laval (Québec) H7E 4W1
ou
infos@medicsolutions.ca

Effacer