



Formations - Formulaire d'inscription – Paiement par carte de crédit

Description de la formation

Nom de la formation	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Date de la séance (jj/mm/aaaa)	<input style="width: 80%;" type="text"/>
Endroit:	<input style="width: 80%;" type="text"/>

Information sur le montant du paiement

Nombre de participant(s)	<input style="width: 60%;" type="text"/>	395 \$ ou 695 \$ CAD / participant
Sous-total	<input style="width: 60%;" type="text"/>	CAD
TPS (5%)	<input style="width: 60%;" type="text"/>	CAD
TVQ (9.975%)	<input style="width: 60%;" type="text"/>	CAD
Montant total des taxes	<input style="width: 60%;" type="text"/>	CAD
Total	<input style="width: 60%;" type="text"/>	CAD

Information relative à la carte de crédit (tel qu'elle apparaît sur la carte)

Prénom / Nom	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
Carte de crédit	<input type="checkbox"/> MasterCard <input type="checkbox"/> Visa		
Numéro de la carte de crédit	<input style="width: 70%;" type="text"/>	CVV	<input style="width: 10%;" type="text"/>
Date d'expiration (mm/aaaa)	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
Adresse	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
Ville	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
Province, état ou région	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
Pays	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
Code postal / Zip code	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
Signature du détenteur de la carte	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
Date de la transaction	<input style="width: 100%;" type="text"/>		

Nom et adresse de facturation

Nom de l'entreprise (ou de payeur)	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Adresse	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Ville	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Province, état ou région	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Pays	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Code postal / Zip code	<input style="width: 100%;" type="text"/>

Information sur la personne à contacter

Cette personne recevra la confirmation du paiement et l'information relative à la séance de formation.

Titre de civilité / Prénom / Nom	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Nom de l'entreprise	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Numéro de téléphone	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Adresse courriel	<input style="width: 100%;" type="text"/>

***Veillez expédier ce formulaire
par télécopieur ou par la poste :***

**SAFEC Inc. 5255 Henri-Bourassa Ouest, Suite 410
Saint-Laurent, Québec, Canada, H4R 2M6
Télécopieur: +1-514-336-1724**