

Veillez écrire en lettres moulées.

Type d'opération	
<input type="checkbox"/> Demande initiale	<input type="checkbox"/> Demande de changement

A. Renseignements personnels (*renseignements sur le cabinet*)

<input type="checkbox"/>	Numéro du cabinet	Nom du cabinet
--------------------------	-------------------	----------------

B. Autorisation d'effectuer des paiements par virement bancaire accordée au ministère de la Santé et des Soins de longue durée

J'autorise / Nous autorisons par la présente le ministère de la Santé et des Soins de longue durée à effectuer des paiements par virement bancaire dans le compte bancaire indiqué ci-dessous.

Inscription individuelle

Nom du signataire ou du requérant	Initiales	Signature du requérant	Date (aaaa/mm/jj)	N° de téléphone

Inscription collective

L'organisation doit avoir un signataire autorisé.

Nom du signataire ou du requérant (la personne doit être un membre du cabinet)	Initiales	Signature du requérant	Date (aaaa/mm/jj)	N° de téléphone

C. Renseignements pour les virements bancaires

Joignez à la présente un chèque en blanc annulé de l'établissement financier avec lequel vous faites affaire. Le chèque doit porter le marquage magnétique indiquant les numéros de succursale, d'établissement et de compte. Remarque : Ces renseignements serviront à effectuer les **virements bancaires**.

Le compte bancaire est au nom de :

Placez le chèque annulé ici.

Please print.

Transaction Type	
<input type="checkbox"/> New	<input type="checkbox"/> Change

A. Personal Data *(Enter your Group Information)*

<input type="checkbox"/>	Group Number	Group Name
--------------------------	--------------	------------

B. Authorization for Direct Bank Payment from the Ministry of Health and Long-Term Care

I/We hereby authorize the Ministry of Health and Long-Term Care to make direct bank payment in the account indicated.

Solo Registration

Last Name of Signee or Applicant	Initials	Applicant's Signature	Date (yyyy/mm/dd)	Telephone No.
----------------------------------	----------	-----------------------	-------------------	---------------

Group Registration

One authorized signatory of the organization is required.

Last Name of Signee or Applicant <i>(must be an affiliate of group)</i>	Initials	Applicant's Signature	Date (yyyy/mm/dd)	Telephone No.
---	----------	-----------------------	-------------------	---------------

C. Payment Data

*Attach a blank voided cheque from the financial institution where you bank, with the fully micro-encoded branch, institution and account numbers. Note: Payment data will be used for **Direct Bank Payment**.*

Bank Account in the Name of

Place voided cheque here.