2905 rue de celles suite 102
Québec (Qc), G2C 1W7
Tél: 1-888-467-2004
sac@distributionpplus.ca

Adhésion au paiement par carte de crédit

Numéro de client Pharmaplus : ____

Titulaire(s) du compte

Nom et prénom du (des) titulaire (s)	Numéro téléphone
Adresse (rue, ville, province)	Code postal

Carte de crédit

Nom du détenteur de la carte	Type de carte (Visa, MasterCard, American Express)
Numéro de la carte	Date d'expiration
Code de sécurité de 3 chiffres (derrière la carte)	

Autorisation du paiement

Le titulaire du compte reconnaît et convient de participer au programme de paiement par carte de crédit de Distribution Pharmaplus inc. pour le règlement de ces achats de produits pharmaceutiques, de médicaments en vente libre (OTC) et parapharmaceutique.

J'autorise Distribution Pharmaplus inc. à effectuer des paiements à la livraison sur ma carte de crédit.

Terme de paiement

Paiement à la livraison

Révocation et annulation

Je dégage l'institution financière de toute responsabilité si la révocation n'est pas respectée, à moins qu'il ne s'agisse d'une négligence grave de leur part.

Je garantis que la personne dont la signature apparaît sur le formulaire est celle nécessaire pour l'autorisation à l'adhésion au paiement par carte de crédit.

Signature du détenteur de la carte

Signature	**Date**