



COMMISSION DES PRATICIENS EN MÉDECINE DOUCE DU QUÉBEC

(L.R.Q., c. S-10)

REÇU DE COTISATION SYNDICALE

ANNÉE 2019

NOM / NAME :

NO. DE LICENCE / LICENSE NO.:

ADRESSE :

TÉLÉPHONE :

E-MAIL:

DATE DU PAIEMENT / PAYMENT DATE : / / JJ/MM/AAAA

MODE DE PAIEMENT / PAYMENT METHOD :

CHEQUE CARTE CRÉDIT / CREDIT CARD VIREMENT BANCAIRE / E-TRANSFER COMPTANT / CASH

- Si vous avez payé par chèque, joignez ce reçu à la copie de votre chèque encaissé.
- If you paid by cheque attach this receipt with the copy of your cashed cheque.
- Si vous avez payez en ligne, joignez ce reçu à la copie de votre courriel de confirmation de paiement.
- If you paid online, attach this receipt to the copy of your email payment confirmation.

CPMDQ

SIGNATURE DU MEMBRE CPMDQ : _____

Ce document est invalide si non signé par le membre CPMDQ

COMMISSION DES PRATICIENS EN MÉDECINE DOUCE DU QUÉBEC

(L.R.Q., c. S-40)

101 boulevard Cardinal-Léger, C.P. 51071, Pincourt (QC) CA J7W 9T3

(800) 624-6627 / info@cpmdq.com