



**COMMISSION DES PRATICIENS EN
MÉDECINE DOUCE DU QUÉBEC
(L.R.Q. c. S-40)**

REÇU DE COTISATION SYNDICALE/UNION FEE RECEIPT

ANNÉE / YEAR

NOM/NAME & NO. LICENCE/LICENSE NO.:

ADRESSE:

TEL:

E-MAIL:

DATE DU PAIEMENT/PAYMENT DATE :

MONTANT/AMOUNT :

MODE DE PAIEMENT / PAYMENT METHOD

CHÈQUE #

Si vous avez payé par chèque veuillez joindre la copie de votre chèque encaissé à ce document. If you paid by check please attach a copy of your cashed check to this document.

CARTE CRÉDIT/CREDIT CARD

Si vous avez payé en ligne veuillez joindre à ce document la copie de votre courriel de confirmation de paiement. If you paid online, please attach a copy of your payment confirmation email to this document.

VIREMENT BANCAIRE/E-TRANSFER

Si vous avez payé en ligne veuillez joindre à ce document la copie de votre courriel de confirmation de paiement. If you paid online, please attach a copy of your payment confirmation email to this document.

SIGNATURE DU MEMBRE/MEMBER'S SIGNATURE

X _____

Ce document est invalide si non signé par le membre CPMDQ.
This document is invalid if not signed by the CPMDQ member.