

## Formulaire pour le renouvellement à DACnet™

**S'il-vous-plaît, remettre votre paiement avec ce formulaire**

**Aucun changement**

**OU**

**Indiquez les changements ci-dessous**

Nom du denturologiste \_\_\_\_\_

Nom du cabinet \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Province : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Télécopieur \_\_\_\_\_

Courriel du bureau : \_\_\_\_\_

Courriel du denturologiste : \_\_\_\_\_

Fournisseur du logiciel : \_\_\_\_\_

Je suis membre de mon association provinciale : OUI \_\_\_\_\_ NON \_\_\_\_\_

Si oui, veuillez indiquer de quelle association provinciale vous être membre :

Vous pouvez également envoyer votre formulaire par télécopie ou par courriel.

Télécopie : 613-902-2840

Courriel : [dacnetedi@gmail.com](mailto:dacnetedi@gmail.com)

<b>Tableau provincial - TPS/TVH</b>	
Alberta, Colombie Britannique, Manitoba, Territoires du Nord-Ouest, Nunavut, Saskatchewan, Québec et Yukon	5%
Ontario	13%
Nouveau-Brunswick, Terre-Neuve, Nouvelle-Écosse et Île du Prince-Édouard	15%

*\*Un membre en règle d'une association de denturologistes provinciale ou territoriale qui est membre de l'Association des denturologistes du Canada.*

*\*Des frais 75 dollars seront traités pour tout paiement par chèque sans provision.*

*\*Les renouvellements sont dus le dernier jour du mois. Si le renouvellement est reçu après cette date sans contacter le bureau DACnet, il sera considéré comme un nouvel abonnement avec les tarifs appropriés appliqués.*

**PAIEMENT CI-JOINT**

<b>Renouvellement annuel</b>	<b>Coût – un an</b>	<b>TPS/TVH</b>	<b>Total</b>	<b>Paiement joint</b>
Membre de l'ADC*	\$180.00			
Non Membre	\$680.00			

- Chèque ou mandat-poste, au nom de l'Association des denturologistes du Canada
- Le paiement s'effectue par virement électronique (envoyé à [dacdenturist@bellnet.ca](mailto:dacdenturist@bellnet.ca). Merci de mettre le nom de l'abonné dans le champ de note)
- Information carte de crédit (VISA, MasterCard, AMEX)

Numéro : \_\_\_\_\_ CVV \_\_\_\_\_ Date d'expiration \_\_\_\_/\_\_\_\_

Nom du détenteur de la carte

\_\_\_\_\_  
Signature du détenteur de la carte

**VEUILLEZ POSTER VOTRE DEMANDE AVEC VOTRE PAIEMENT, LA TÉLÉCOPIER  
OU LA TRANSMETTRE PAR COURRIEL À :**