

AUTORISATION TRANSACTION VISA / MASTERCARD PAR TÉLÉPHONE

Nom et prénom de l'élève : _____

❖ Je _____, autorise

LE CENTRE DE FORMATION PROFESSIONNELLE DE LA BAIE-JAMES à effectuer la transaction suivante sur ma carte VISA ou MASTERCARD tel que décrite ci-dessous :

Identifier votre carte :

VISA

MASTERCARD

Numéro de carte : _____

Nom du détenteur de la carte : _____
(Écrire en lettres moulées)

Date d'expiration : _____
(MM) (AA)

Montant : _____ \$

SIGNATURE _____
(Doit correspondre à la signature sur la carte de crédit)

En signant ce formulaire, vous autorisez le Centre de formation professionnelle de la Baie-James à porter le montant indiqué ci-dessus sur votre carte de crédit.