

SI VOUS DÉSIREZ PAYER PAR VOTRE COMPTE VISA OU MASTER CARD. VEUILLEZ REMPLIR LA PARTIE CI-DESSOUS, N'oubliez PAS D'INSCRIRE LA DATE D'EXPIRATION DE VOTRE CARTE ET DE SIGNER.

IF YOU WANT TO PAY BY CREDIT CARD, PLEASE FILL THE FOLLOWING. DON'T FORGET TO INDICATE THE EXPIRATION DATE AND SIGN.

Nom du TITULAIRE/COMPAGNIE -- HOLDER/COMPANY :		
VOTRE RÉFÉRENCE -- YOUR REFERENCE :		
NOTRE RÉFÉRENCE : -- OUR REFERENCE :		
MONTANT À DÉBITER – AMOUNT :		CAN US
VISA : #	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
MASTER CARD :#	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
DATE D'EXPIRATION – EXPIRATION DATE :		
SIGNATURE :		

MERCI – THANK YOU

Envoyer à (sent to) :
BRCDT
La Corporation de l'École Polytechnique de Montréal
CP 6079 Succ. Centre-Ville
Montréal, Québec
H3C 3A7

Fax : (514) 340-5871
Courriel/Email : manon.richer@polymtl.ca