



## AUTHENTIFICATION DE LA SIGNATURE D'UN MÉDECIN

### Identification de la personne qui fait la demande

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

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

Téléphone : \_\_\_\_\_

Télécopieur : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

### Espace réservé à l'usage interne

80.00 \$ taxes incluses (69.58 \$ + TPS 3.48 \$ + TVQ 6.94 \$) / signature  
X nombre de signatures = Total

#### Mode de paiement

chèque  mandat-poste  argent comptant

Réception de la demande \_\_\_\_\_

Traitement de la demande \_\_\_\_\_

#### Document utilisé pour l'authentification

Raison de la demande : Ex. : Visa, Adoption internationale ou N/D

#### Notes

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



## AUTHENTICATION OF A PHYSICIAN'S SIGNATURE

Identity of person making the request

Name \_\_\_\_\_ Given name \_\_\_\_\_

Address \_\_\_\_\_

Telephone \_\_\_\_\_

Fax \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

Space reserved for internal use

\$ 80.00/ per signature all taxes included (\$ 69.58 + GST \$ 3.48 + QST \$ 6.94)  
X by number of signatures = Total

### Payment method

Cheque

Money order

Cash

Request received on \_\_\_\_\_

Request processed on \_\_\_\_\_

### Document used for authentication

Reason for the request: Ex.: Visa, adoption purposes or unknown

Notes

---

---

---