



Paiement par Visa ou Mastercard

Visa

Mastercard

Nom sur la carte: _____

Date d'expiration: _____

Montant du paiement: _____

Numéro de carte: _____ \$

Code de sécurité à 3 numéros (sur le derrière de la carte): _____

Signature: _____

Numéro de facture: _____

Veuillez inclure la portion du fond de votre facture avec votre paiement.

Imprimez et envoyez cette feuille par courrier à:

Southern Health-Santé Sud
Case Postale 470
La Broquerie (Manitoba) R0A 0W0