ASSURANCE-MALADIE DU NOUVEAU-BRUNSWICK
DEMANDE DE SERVICE DE DÉPÔT DIRECT

À REMPLIR PAR LE PRATICIEN - ÉCRIRE EN LETTRES MOULÉES

NOM _____ (nom) _____ (prénoms)

Nº DE MÉDECIN _____

ADRESSE (courrier) _____

CODE POSTAL _____ - _____

JE VOUS AUTORISE À DÉPOSER À MON COMPTE LES VERSEMENTS DE L'ASSURANCE-MALADIE.

SIGNATURE: _____ DATE: _____

Si vous avez un spécimen de chèque personnalisé sur lequel sont imprimés vos nom et numéro de compte, vous n'avez qu'à le joindre à votre demande. (Veuillez inscrire NUL en travers du recto du chèque). Sinon faire remplir et authentifier la section ci-après par votre banque ou institution financière.

À REMPLIR PAR LA BANQUE OU L'INSTITUTION FINANCIÈRE - ÉCRIRE EN LETTRES MOULÉES

Nº D'IDENTIFICATION DE LA BANQUE ET DE TRANSIT _____ - _____

Nº DU COMPTE _____

COMPTE - TYPE _____

BANQUE OU INSTITUTION FINANCIÈRE - NOM _____

ADRESSE _____

SIGNATURE AUTORISÉE _____ DATE _____

VALIDATION - SCEAU