

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

À REMPLIR PAR LE PRATICIEN - ÉCRIRE EN LETTRES MOULÉES

NOM

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 nom prénoms

N° 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

N° D'IDENTIFICATION
DE LA BANQUE ET
DE TRANSIT

						-										
--	--	--	--	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

N° DU COMPTE

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

COMPTE - TYPE

BANQUE OU INSTITUTION FINANCIÈRE - NOM _____

ADRESSE _____

SIGNATURE AUTORISÉE _____ DATE _____

VALIDATION - SCEAU