

FORMULAIRE CORPORATIF

AVANT LA VISITE, chaque voyageur doit compléter ce formulaire et le présenter à la réception lors du rendez-vous ou le retourner par télécopieur au 514 412-7362 ou par courriel à l'adresse : info@santevoyage.com

INFORMATION SUR LE VOYAGEUR

Nom :

Destination :

Disponibilité pour rendez-vous	Jour :	Jour :
	Heure :	Heure :
	Jour :	Autres :
	Heure :	

Au besoin, l'entreprise rembourse-t-elle la consultation médicale au coût de 35 \$? OUI NON

Au besoin, l'entreprise rembourse-t-elle les produits tels que insectifuges, trousse de premiers soins, etc. ? OUI NON

INFORMATION SUR L'ENTREPRISE

Entreprise :

Adresse :

Ville : Province : Code postal :

Téléphone : Poste : Télécopieur :

Courriel :

Responsable pour fins d'autorisation :

Responsable des comptes à payer :

Type d'entreprise :

MODE DE PAIEMENT

Facture adressée à :

Adresse :

Ville : Province : Code postal :

Téléphone : Poste : Télécopieur :

Courriel :

Veillez enregistrer vos réponses avant d'envoyer ou d'imprimer le document.