



191 The West Mall, Suite 1100

Toronto, ON M9C 5K8

647-722-3054 (Toronto Area) / (Toll Free Fax) 1-877-639-4369

**CHANGEMENT D'INFORMATION BANCAIRE:**

**Nous avons besoin d'un chèque annulé ou une déclaration de l'institution bancaire où le changement prenne effet. S'il vous plaît remplir les champs suivants avec votre signature pour nous donner l'autorisation d'apporter les modifications en conséquence.**

A qui de droit:

En date du \_\_\_\_\_ s'il vous plaît noter que la banque ou des informations de  
Date

paiement par notre situation va changer.

Je \_\_\_\_\_ donne NexgenRx autorisation de modifier notre compte.

Manager / Propriétaire de la pharmacie

(S'il vous plaît d'impression)

Nom de la pharmacie: \_\_\_\_\_

**RAMQ #** \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Téléphone # \_\_\_\_\_

Signature du Manager/Propriétaire autorisé de la Pharmacie

\_\_\_\_\_  
Date: \_\_\_\_\_

**ATTACHEZ S'IL VOUS PLAÎT UN NOUVEAU CHÈQUE ANNULÉ ICI**

-----  
**S'il vous plaît Imprimer l'Information pour le compte bancaire**

**NOTE: Si un spécimen de chèque n'est pas disponible une déclaration de la Banque est requis.**