



DEMANDE DE DÉPÔT DIRECT DE PAIEMENT POUR LES SERVICES DENTAIRES

Par la présente, j'autorise que tous les montants reliés aux demandes de règlements soumises à NexgenRx Inc. pour fins de traitements et de paiements, selon les régimes d'assurance collective de divers promoteurs de régimes de soins dentaires et leurs membres admissibles, soient déposées directement dans le compte bancaire indiqué sur le spécimen de chèque ci-joint par dépôt direct (un compte par numéro unique/adresse).

Veuillez prendre note qu'aucun chèque ne sera émis après la réception de la demande de dépôt direct de paiement.

S'il y a **PLUSIEURS DENTISTES** à une seule adresse, s'il vous plaît remplir un formulaire pour chaque dentiste.

#	Dentiste	Numéro unique							
1									

Adresse postale complète: Veuillez nous fournir une liste complète des adresses, où les soins sont fournis et qui recevront un dépôt direct au compte bancaire ci-joint. (voir spécimen de chèque).

#	Adresse	Ville / Province	Code Postale	Numéro de téléphone	Numéro de fax
1					
2					
3					
4					
5					

Adresse courriel de la clinique dentaire * (nécessaire/obligatoire)

Signature autorisée	Date

Pour s'assurer de l'exactitude des données, veuillez **JOINDRE UN SPÉCIMEN DE CHÈQUE** ou ajouter vos coordonnées bancaires ci-dessous (nous ne sommes pas responsables pour toute information inexacte ou incomplète fournie).

Numéro de transit				Numéro d'institution financière			Numéro de compte bancaire			
Nom de l'institution financière							Adresse de l'institution financière			

NexgenRx Inc. s'engage à vous offrir un excellent service à la clientèle. Au plaisir de vous servir.

Envoyer par fax au: Nexgen Rx Inc Services aux Fournisseurs au 647-722-3054 ou 1-877-639-4369