

Il incombe au fournisseur d'aviser Express Scripts Canada par écrit de tout changement à son profil.

RENSEIGNEMENTS SUR LE FOURNISSEUR (Renseignements obligatoires)

Numéro du fournisseur : _____ Langue de correspondance : Français Anglais
 Nom : _____ Prénom : _____
 Nom du cabinet : _____ ID du bureau (CDAnet/DACnet/Réseau ACDQ/ACHDnet) : _____

SECTION A – COMMUNICATIONS (Changement)

Communications générales (cochez une seule case) : Courriel _____ Télécopieur _____ Poste _____
Lettres de prédétermination (cochez une seule case) Télécopieur _____ Poste _____

SECTION B – RENSEIGNEMENTS SUR L'ADRESSE (Changement)

ANCIENNE ADRESSE	NOUVELLE ADRESSE
Date d'entrée en vigueur (AAAA-MM-JJ) : _____	
Nom du cabinet : _____	Nom du cabinet : _____
Adresse : _____	Adresse : _____
Case postale : _____ Ville : _____	Case postale : _____ Ville : _____
Province : _____ Code postal : _____	Province : _____ Code postal : _____
Téléphone : _____ Télécopieur : _____	Téléphone : _____ Télécopieur : _____
Courriel : _____	Courriel : _____

SECTION C – AUTRE(S) CABINET(S) (Mise en place ou changement) (Au besoin, utilisez une autre feuille et joignez-la à ce formulaire)

AUTRE CABINET N° 1	AUTRE CABINET N° 2
Date d'entrée en vigueur : _____	Date d'entrée en vigueur : _____
Statut (cochez une case) : <input type="checkbox"/> Propriétaire <input type="checkbox"/> Associé <input type="checkbox"/> Professionnel de soins dentaires salarié ou à tarif quotidien contractuel auprès d'un bureau régional des SSNA	Statut (cochez une case) : <input type="checkbox"/> Propriétaire <input type="checkbox"/> Associé <input type="checkbox"/> Professionnel de soins dentaires salarié ou à tarif quotidien contractuel auprès d'un bureau régional des SSNA
ID du bureau (CDAnet/Réseau ACDQ/DACnet/ACHDnet) : _____	ID du bureau (CDAnet/Réseau ACDQ/DACnet/ACHDnet) : _____
Nom du cabinet : _____	Nom du cabinet : _____
Adresse : _____	Adresse : _____
Case postale : _____ Ville : _____	Case postale : _____ Ville : _____
Province : _____ Code postal : _____	Province : _____ Code postal : _____
Téléphone : _____ Télécopieur : _____	Téléphone : _____ Télécopieur : _____
Courriel : _____	Courriel : _____

SECTION D – MODE DE RÈGLEMENT (Changement ou établissement du transfert électronique de fonds)

J'autorise Express Scripts Canada à changer ou à établir le TRANSFERT ÉLECTRONIQUE DE FONDS (TÉF). J'autorise les dépôts dans mon compte bancaire, mais non les retraits ni les autres types de transactions. Tous les renseignements fournis seront considérés comme confidentiels. J'aviserai rapidement Express Scripts Canada de tout changement bancaire, qu'il s'agisse de la succursale ou du compte.

Date d'entrée en vigueur : _____ **NOUVEAU compte** ou **REMPLETER** les renseignements
 ID du bureau (CDAnet/Réseau ACDQ/DACnet/ACHDnet) : _____ Joindre Chèque ANNULÉ ou Lettre de la banque
 Nom de la banque : _____ Succursale : _____
 Adresse de la succursale : _____
 Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____
 Banque : | | | | Succursale : | | | | | N° de compte : | | | | |

SECTION E – AUTRE (Changement à la constitution en personne morale, à la spécialité ou autre)

Date d'entrée en vigueur : _____ Constitution en personne morale (Veuillez indiquer le nouveau numéro de fournisseur) : _____
 Spécialité : _____ Autre (Description du changement) : _____

 Nom du fournisseur (en caractères d'imprimerie) Signature du fournisseur (AUCUN TIMBRE) Date