

*Ce formulaire ne s'applique pas au Programme des SSNA.*

Il incombe au fournisseur d'aviser Express Scripts Canada par écrit de tout changement à son profil. Veuillez prévoir un délai de dix (10) jours ouvrables avant que les modifications puissent être apportées par Express Scripts Canada.

**RENSEIGNEMENTS SUR LE FOURNISSEUR (OBLIGATOIRES)**

 Langue de correspondance :  Français  Anglais

Numéro du fournisseur : \_\_\_\_\_

**TYPE DE DEMANDE :**
 Mise à jour du fournisseur  Cabinet(s) additionnel(s)  Changement de spécialité

Numéro de permis : \_\_\_\_\_

 Incorporation (nouveau numéro du fournisseur) : \_\_\_\_\_

Spécialité : \_\_\_\_\_

 Autre raison (veuillez préciser) : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

 Autre cabinet ou  Mettre à jour un cabinet

ID du bureau (CDAnet/ACDQ/DACnet™/CDHA-ACHDnet™): \_\_\_\_\_

Date d'effet du changement : \_\_\_\_\_

Nom du cabinet : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Bureau / Case postale : \_\_\_\_\_

Ville, province, code postal : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Télécopieur : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

 Je choisis de recevoir :  un chèque ou  relevés électroniques

Nom de la banque : \_\_\_\_\_

Succursale : \_\_\_\_\_

Adresse succursale : \_\_\_\_\_

Ville, province, code postal : \_\_\_\_\_

Banque : | | | | Succursale : | | | | | |

N° de compte : | | | | | | | | | | | |

**JOINDRE :**  Chèque ANNULÉ ou  Lettre de la banque

 Autre cabinet ou  Mettre à jour un cabinet

ID du bureau (CDAnet/ACDQ/DACnet™/CDHA-ACHDnet™): \_\_\_\_\_

Date d'effet du changement : \_\_\_\_\_

Nom du cabinet : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Bureau / Case postale : \_\_\_\_\_

Ville, province, code postal : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Télécopieur : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

 Je choisis de recevoir :  un chèque ou  relevés électroniques

Nom de la banque : \_\_\_\_\_

Succursale : \_\_\_\_\_

Adresse succursale : \_\_\_\_\_

Ville, province, code postal : \_\_\_\_\_

Banque : | | | | Succursale : | | | | | |

N° de compte : | | | | | | | | | | | |

**JOINDRE :**  Chèque ANNULÉ ou  Lettre de la banque

 Autre cabinet ou  Mettre à jour un cabinet

ID du bureau (CDAnet/ACDQ/DACnet™/CDHA-ACHDnet™): \_\_\_\_\_

Date d'effet du changement : \_\_\_\_\_

Nom du cabinet : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Bureau / Case postale : \_\_\_\_\_

Ville, province, code postal : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Télécopieur : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

 Je choisis de recevoir :  un chèque ou  relevés électroniques

Nom de la banque : \_\_\_\_\_

Succursale : \_\_\_\_\_

Adresse succursale : \_\_\_\_\_

Ville, province, code postal : \_\_\_\_\_

Banque : | | | | Succursale : | | | | | |

N° de compte : | | | | | | | | | | | |

**JOINDRE :**  Chèque ANNULÉ ou  Lettre de la banque

 J'autorise Express Scripts Canada à changer ou à établir le transfert électronique de fonds (TEF). 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.

 \_\_\_\_\_  
**Nom du fournisseur** (en caractères d'imprimerie)

 \_\_\_\_\_  
**Signature du fournisseur** (AUCUN TIMBRE)

 \_\_\_\_\_  
**Date**

Express Scripts Canada, Service des relations avec les fournisseurs, 5770, rue Hurontario, 10e étage, Mississauga (Ontario) L5R 3G5.

Numéro de télécopieur : 1 855 622-0669

(Au besoin, signez et joignez un autre formulaire pour d'autres cabinets)