



ASSURANCE RESPONSABILITÉ PROFESSIONNELLE La Capitale assurances générales

Formulaire de souscription

Nom	Prénom	N° de membre
-----	--------	--------------

Cochez :

Je désire souscrire à l'assurance responsabilité professionnelle de l'Ordre :
La Capitale assurances générales (valide jusqu'au 2017-04-01)

Tarification :

Assurance :	195,00 \$
Taxe 9 % :	17,55 \$
Frais de gestion :	25,00 \$
TPS (5 %) :	1,26 \$
TVQ (9,975 %) :	2,49 \$
TOTAL :	241,30 \$

Sélectionnez votre mode de paiement :

Chèque ou mandat-poste

Libellez votre chèque ou mandat-poste au nom de l'**Ordre des agronomes du Québec** et inscrivez-y votre numéro de membre.

Paiement bancaire (au nom de l'Ordre des agronomes du Québec)

N° référence : Inscrivez votre numéro de membre, précédé d'un zéro. (ex. : 09999)

Vérifiez auprès de votre institution financière si l'Ordre des agronomes du Québec est inscrit dans la liste des fournisseurs.

Date d'effet du paiement :

Carte de crédit Visa Mastercard

Nom du détenteur de la carte :

N° carte (16 caractères) : - - -

Date d'expiration (mm/aa) : /

N° vérification (à l'endos de la carte) :

Signature :