



Programme de reconnaissance des écoles de conduite

Association québécoise des transports
6666, rue Saint-Urbain, bureau 470,
Montréal (Québec) H2S 3H1
www.aqtr.com

CONFIDENTIEL
CONFIDENTIAL

FORMULAIRE D'AUTORISATION DE PAIEMENT PAR CARTE DE CRÉDIT

Credit Card Payment Authorization Form

Veuillez transmettre ce formulaire, dûment rempli, par courriel à la coordonnatrice de votre école de conduite,
ou par télécopieur au 514-370-8559 .

*Please fill in this form and send it back to your school coordinator by email or by fax at
514-370-8559 .*

Espace réservé à l'usage de l'AQTr / *Dedicated to the AQTr*

Renseignements / Personal details

Titre / Title Madame / Ms. Monsieur / Mr. Langue / language Français/ French Anglais/ English

Prénom / First name Nom / Last name

Adresse / Address

Ville / City Province

Code Postal / Zip code

Téléphone (+poste) / Phone Fax

Courrier électronique / Email

Nom de l'école de conduite / Name of the school

Facture(s)/Invoice(s) : Je souhaite régler la/les facture(s) suivante(s) par carte de crédit / *I would like to pay for the following invoice(s) by credit card:*

Veuillez inscrire le/
les numéro(s) des factures
*Please write down the
invoices number(s)*

Paiement / Payment : Au moment d'effectuer votre paiement, l'AQTr vous contactera par téléphone pour vous demander vos informations de carte de crédit. Veuillez prendre note que seulement les cartes de crédit Mastercard et/ou Visa sont acceptées. / *The AQTr will contact you by phone when it is about to proceed with your payment so as to receive your credit card information. Please be advised that we only accept Mastercard and/or Visa.*

Autorisation de paiement par carte de crédit

J'autorise l'AQTr à utiliser ma carte de crédit pour le paiement des factures identifiées ci-dessus ;

J'autorise l'AQTr à recevoir verbalement l'information relative à ma carte de crédit, à la vérifier, et à la transmettre à toute personne, à l'inclusion de ses représentants ou membres du personnel, à qui il est nécessaire de la transmettre pour assurer le paiement des factures identifiées ci-dessus ;

Je comprends que l'AQTr est habilitée à divulguer cette information à chaque fois qu'elle est légalement tenue de le faire, selon la loi, un règlement ou toute ordonnance ;

Signature du détenteur

NB. - *Le titulaire des renseignements personnels contenus dans le présent formulaire bénéficie des droits d'accès et de rectification prévus à la Loi sur la protection des renseignements personnels dans le secteur privé.*

Credit card payment authorization form

I authorize the AQTr to use the credit card to pay the invoices mentioned above ;

I authorize the AQTr to receive orally the information related to my credit card, to verify it and to share it with any person (including its representatives or staff members) to whom it might be useful to pay the above mention-ed invoices ;

I understand that the AQTr is allowed to share this information everytime that it is forced to do so according to a law, a regulation or an order ;

Card holder's signature

NB. - *The person who holds the personal information gathered in the present form has the right to access this information and to correct it according to the Act respecting the protection of personal information in the private sector.*

RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION/ FOR THE AQTr ONLY

