

**FORMULAIRE NOUVEAU CLIENT****INFORMATIONS CLIENT**

Merci d'avoir choisi DentX Solutions. Veuillez remplir les informations suivantes relatives à votre pratique, afin de créer votre compte.

Ce formulaire est basé sur des informations individuelles, veuillez en remplir un par médecin et cabinet.

Nom légal de la pratique _____

Pratique | Nom de la clinique
(Si différent du nom légal de la pratique) _____

Prénom du dentiste _____ Nom du dentiste _____

Adresse _____

Ville _____ Province _____ Code Postal _____

Numéro de téléphone du cabinet _____

Le cas échéant, ID et/ou nom de l'organisation de services dentaires (DSO). _____ IDENTIFIANT# _____

Gestionnaire de Territoire _____

INFORMATIONS DE PAIEMENT

Visa MasterCard Amex

Carte de crédit# _____ Date d'expiration de la carte de crédit : (mm|aa) _____

Nom tel qu'il apparaît sur la carte _____

Veuillez sélectionner l'une des options suivantes :

Je consens à ce que mon solde impayé soit appliqué en tant que paiement automatique sur la carte de crédit que j'ai fournie ci-dessus, le mois suivant au cours duquel le service/produit a été livré. Veuillez appliquer mon solde le 1er 10 ou le 15 jour du mois

J'effectuerai les paiements manuellement (soit par téléphone, soit en ligne via dentxsolutions.com.) Cependant, je comprends que ces informations sont à des fins légales et que je ne serai pas facturé à moins qu'il y ait un solde impayé.

INFORMATIONS ADMINISTRATIVES

Nom de facturation: Pratique | Nom de la clinique Adresse de facturation: Pratique | Nom de la clinique
 Nom légal de la pratique Nom légal de la pratique

E-mail pour les relevés. _____ CC _____

Courriel pour les communications générales _____ CC _____

Comment avez-vous entendu parler de DentX Solutions ? _____

Nom du signataire autorisé _____

Date (aaaa|mm|jj) _____ Signature du signataire autorisé _____

