

|  |
| --- |
| **DEMANDE D’ÉQUIVALENCE**  **Autorisation – Modalités de paiement** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **INFORMATIONS CONCERNANT LE CANDIDAT** | | | | | | | | | | |
| 1. **Coordonnées** | | | | | | | | | | |
| Prénom : | |  | | Nom : |  | | | |  | |
| Adresse : | | |  | | | | Appartement / Bureau : | |  |  |
| Ville : |  | | | Province : | |  | | Code postal : |  |  |
| Pays : |  | | | Téléphone : | |  | |  | |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **MODALITÉS DE PAIEMENT** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **Détail du prélèvement sur la carte de crédit** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| J’autorise par la présente la Chambre des notaires du Québec à prélever un montant unique sur la carte de crédit ci‑dessous pour la transaction ci-après : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | Demande d’équivalence | | | | | | 800,00 $ | | |  | | | | | | | |
| **Taxes :** | | | | | | | | |  | | |  | | | | | | | |
|  |  | | TPS 106906688RT0001 : | | | | | | 40,00 $ | | |  | | | | | | | |
|  |  | | TVQ 1006163277TQ0001 : | | | | | | 79,80 $ | | |  | | | | | | | |
|  |  | |  | | | | | |  | | | **TOTAL : 919,80 $** | | | | | | | |
| 1. **Renseignements sur la carte de crédit**   Mastercard  Visa | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Numéro de la carte de crédit : | | | | | | |  | | | | | |  | | |  | | |  |
|  | | | | | |  | | | | | | |  | | |  | | |  |
| Date d’expiration : | | | | / | | | | (mois/année) | | | Code de sécurité (chiffres à l’endos de la carte) : | | | | | | |  |  |
| Nom sur la carte de crédit : | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | |  |
| Signature du titulaire de la carte : | | | | | | | | | |  | | | | Date : | | |  | |  |
| 1. **Paiement par traite bancaire ou mandat-poste**   Je joins la traite bancaire ou mandat-poste pour le paiement de la transaction identifiée ci-dessus.  En foi de quoi, j’ai signé à       Date :  Signature : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | **Imprimer en noir, signer et transmettre à l’Ordre.** | | | | | | | | | | | **Pour le suivi de votre demande, communiquer avec** : | | | | | | |
|  | | **Chambre des notaires du Québec**  **Direction soutien et qualité de la profession**  **101-2045, rue Stanley**  **Montréal (Québec) H3A 2V4** | | | | | | | | | | | Préadmission  Direction soutien et qualité de la profession  Tél. : 514 879-1793 ou 1 800 263-1793, poste 5788  Courriel : accesnotariat@cnq.org | | | | | | |