



Suite 12-1010 Polytek Court
Gloucester, ON K1J 9H9

tel: (613) 748-5682
fax: (613) 748-5777

- CARDHOLDER AUTHORIZATION FORM/ FORMULAIRE D'AUTORISATION DU TITULEUR DE CARTE -

I/Je, _____

authorize/autorise _____
(Company)

to charge the amount of \$/ de charger le montant de \$ _____

for the following services/ pour le service suivant

to my/ à ma carte:

____ Visa, ____ Mastercard, ____ Amex, ____ Diners/Enroute, ____ Discover:

Card # / # de carte _____ expiry date/ date d'expiration: _____

Name on card (please print)/ Nom sur la carte: _____

Cardholder Signature/ Signature du titulaire de carte: _____

Date: _____

Billing Address/ Address: _____

City/State/Prov / Ville/État/Province: _____

Zip/Postal Code Zip/ Code postal: _____

Telephone/ Téléphone: _____ Fax: _____

Email/ Courriel: _____

I/we are aware of any cancellation policies and agree not to dispute or attempt to Chargeback any of the above signed for and acknowledged charges / Je/nous sommes conscients de n'importe quelle polices d'annulation et nous agréons de ne pas disputer ou tenter de re-charger ce qu'il y a ci-dessus

Cardholder initial / Initiale du titulaire de carte

I/we have attached a legible copy of the front of the card to be used in lieu of a credit card imprint. If the charge detailed above is over \$50,000 I/we have attached legible copy of photo ID in addition to the front of the card to be used./ Je/nous avons attaché une copie lisible du devant de la carte pour être utilisé au lieu d'une empreinte de carte de crédit. Si le montant est supérieur à 50 000\$, je/nous avons attaché une copie lisible du devant de ma carte d'identité pour être utilisé.

Cardholder initial/ Initiale du titulaire de carte