

**AUTORISATION DE DEBIT DE CARTE DE CREDIT
CREDIT CARD WITHDRAW AUTHORIZATION**

J'autorise **Travel Care Services**
 A débiter ma carte de crédit pour le montant ci dessus.
(Cette autorisation doit être renouvelée à chaque paiement.)
Fax to 1 305 4023190*email: support@travelcareservices.com
 I, hereby, authorize **Travel Care Services**
 to debit my credit card for the amount of my insurance premium.
(This authorization must be renewed for each debit)
SVP, FAXEZ UNE AUTORISATION PAR PAIEMENT

TEL #: Adresse: Billing Address: Ville – City Code Postal – Billing Zip Code	
NOM: CARD OLDER LAST NAME:	
PRENOM: FIRST NAME:	
NUMERO ADHERENT: ID NUMBER:	
TYPE DE CARTE DE CREDIT: TYPE OF CREDIT CARD:	<input type="checkbox"/> VISA <input type="checkbox"/> MASTERCARD CCV <input type="text"/>
NUMERO DE LA CARTE: CARD NUMBER:	
DATE D'EXPIRATION: EXPIRATION DATE	MOIS/MONTH ANNEE/YEAR

	N Facture TCS	Date	Montant
1			
2			
3			
4			
5			
	Total Factures		
	Processing Fees		\$7.00
	TOTAL		

SIGNATURE

MERCI / THANK YOU
FAXER CE DOCUMENT 1 305 402 3190 ou de l'envoyer par email a
support@travelcareservices.com

