

Avis de changement d'adresse

FAS BENEFIT ADMINISTRATORS LTD PROGRAMME FÉDÉRAL DE SANTÉ INTÉRIMAIRE

Fournisseur – NOUVELLE adresse		# de fournisseur FAS :
Nom : Prénom :		
Adresse :		
Ville :	Province :	Code postal :
Numéro de téléphone : ()	Télécopieur : ()	
Date d'entrée en vigueur (Mois/jour/année) :		

Cochez ici si le médecin travaille à plus d'un emplacement.

Fournisseur - ANCIENNE adresse		Veillez indiquer votre adresse précédente afin d'assurer que l'information sera modifiée dans les dossiers de FAS.
Nom : Prénom :		
Adresse :		
Ville :	Province :	Code postal :
Numéro de téléphone: ()	Télécopieur : ()	

Signature de la personne autorisée

Nom de la personne autorisée (*Lettres moulées*)

Date

PAR LA POSTE :

TRAITEMENT PRIORITAIRE DU PROGRAMME FSI
FAS Benefit Administrators Ltd.
9707 – 110 Street, Suite 901,
Edmonton, AB T5K 2W8

SANS FRAIS : 1-800-770-2998

2004