

FORMULAIRE D'AUTORISATION
POUR TRANSFERT DE FONDS ÉLECTRONIQUE

FAS BENEFIT ADMINISTRATORS LTD
PROGRAMME FÉDÉRAL DE SANTÉ INTÉRIMAIRE

Afin de pouvoir participer au TFE/REC vous devez avoir accès à Internet pour entrer sur le site de FAS et sur le REC.

Information sur le fournisseur		# de fournisseur FAS :
Nom :		
Prénom :		
Adresse :		
Ville :	Province :	Code postal :
<input type="checkbox"/> Changement d'adresse (joindre une confirmation, par écrit, incluant l'ancienne adresse)		
Numéro de téléphone : ()		Télécopieur : ()
Adresse électronique :		

Information sur l'institution financière (banque)		
Nom de l'institution financière (banque) :		
Adresse :		
Ville :	Province :	Code postal :
Numéro de téléphone : ()		Télécopieur : ()

*** * * VOUS DEVEZ JOINDRE UN CHÈQUE ANNULÉ * * ***

AUTORISATION

Ayant pleine autorité de signer pour le fournisseur FAS # _____, j'autorise et demande à FAS Benefit Administrators Ltd, contractuel au Programme fédéral de santé intérimaire, de déposer le paiement des réclamations traitées directement dans le compte bancaire indiqué sur le chèque annulé ci-joint. Je suis au courant que je peux changer cette autorisation en envoyant un avis écrit à FAS Benefit Administrators Ltd.

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.
SANS FRAIS : 1-800-770-2998 9707 – 110 Street, Suite 901, Edmonton, AB T5K 2W8
2004