



**Paiement par Visa ou Mastercard**

Visa

Mastercard

Nom sur la carte: \_\_\_\_\_

Date d'expiration: \_\_\_\_\_

Montant du paiement: \_\_\_\_\_

Numéro de carte: \_\_\_\_\_ \$

Code de sécurité à 3 numéros (sur le derrière de la carte): \_\_\_\_\_

Signature: \_\_\_\_\_

Numéro de facture: \_\_\_\_\_

Veuillez inclure la portion du fond de votre facture avec votre paiement.

Imprimez et envoyez cette feuille par courrier à:

Southern Health-Santé Sud  
Case Postale 470  
La Broquerie (Manitoba) R0A 0W0