



Télécopie de paiement par carte de crédit (Formulaire)

Avis de confidentialité

Les renseignements personnels que vous fournissez à Santé Canada sont régis par la Loi sur la protection des renseignements personnels. Nous recueillons uniquement les renseignements dont nous avons besoin pour gérer le Règlement sur la sécurité des cellules, tissus et organes humains destinés à la transplantation aux termes de la Loi sur les aliments et drogues. Les renseignements que vous fournirez vous aideront à respecter les exigences en matière d'enregistrement du Règlement sur la sécurité des cellules, tissus et organes humains destinés à la transplantation.

Dans certaines situations précises et limitées, vos renseignements personnels pourraient être communiqués sans votre consentement aux termes du paragraphe 8(2) de la Loi sur la protection des renseignements personnels.

Les renseignements recueillis sont décrits dans Info Source, disponible en ligne à l'adresse suivante : www.infosource.gc.ca. Voir le fichier de renseignements personnels HC PPU 408.

En plus d'assurer la protection de vos renseignements personnels, la Loi sur la protection des renseignements personnels vous donne le droit d'accéder aux renseignements qui vous concernent et le droit de demander la correction de ces derniers. Pour avoir plus d'information sur ces droits ou sur nos pratiques en matière de protection de la vie privée, veuillez communiquer avec le Coordonnateur de la protection des renseignements personnels, Division de la gestion de la protection des renseignements personnels, par téléphone (613-355-1458) ou par courriel (privacy-vie.privee@hc-sc.gc.ca).

Vous avez également le droit de déposer une plainte auprès du Commissariat à la protection de la vie privée du Canada si vous croyez que vos renseignements personnels ont été traités de façon inadéquate.

Date :

Destinataire :

Nom : Comptes débiteurs de Santé Canada

Numéro de télécopieur : 613-957-3495

Expéditeur :

Nom :

Numéro de télécopieur :

Télécopie de paiement par carte de crédit (Formulaire)

RENSEIGNEMENTS SUR LE PAIEMENT		
Nom complet (légal) de l'entreprise :		
Numéro de client (tel qu'il apparaît sur la facture – p. ex. DEL/MDEXXXXX)		
Numéro de facture :	Montant de la facture :	
Coordonnées du détenteur de la carte de crédit		
Nom du détenteur de la carte (tel qu'il apparaît sur la carte)	Courriel :	
Numéro de téléphone :	Numéro de téléphone alternatif:	Numéro de télécopieur :
Renseignements sur la carte de crédit		
Type de carte :	MasterCard	Visa Amex
Nom du détenteur de la carte (tel qu'il apparaît sur la carte) :		
Numéro de la carte :		
Date d'expiration :		