

Verification des Renseignements Bancaires

PROGRAMME DE REMBOURSEMENT DES FRAID DE STAGE CLINIQUE

SECTION 1: INFORMATIONS DU TITULAIRE DU COMPTE

Nom : _____

Adresse du domicile/cabinet : _____

Ville : _____ Province : _____ Code Postal : _____

Adresse électronique : _____ Numéro de téléphone : _____

SECTION 2: RENSEIGNEMENTS DE DÉPÔT DIRECT

Nom du détenteur ou de la détentrice du compte (ou nom de la société, le cas échéant) : _____

Nom de l'institution financière : _____

Adresse de la succursale de l'institution financière : _____

Ville : _____ Province : _____ Code Postal : _____

Numéro de succursale/transit : _____

Numéro d'institution : _____

Numéro de compte : _____

Spécimen de chèque portant la mention « NUL » ou formulaire de dépôt direct.

Veillez envoyer ce formulaire et toute la documentation requise à: ctp@ontariohealth.ca

En signant ci-dessous : J'autorise par la présente que tout paiement pour services rendus à travers le Programme de remboursement des frais de stage clinique soit effectué par dépôt direct au compte en banque indiqué sur le chèque annulé attaché ci-dessus.

Signature

Date

Ce document est offert en format accessible sur demande : www.healthforceontario.ca/asc

Avis de collecte: Santé Ontario recueille vos renseignements personnels en vertu de l'article 6 de la Loi de 2019 pour des soins interconnectés. Tous les renseignements recueillis dans le présent formulaire pourront être utilisés au besoin par Santé Ontario dans le cadre de la gestion adéquate des programmes de recrutement et de maintien en poste financés par le gouvernement y compris l'évaluation de votre admissibilité à ces programmes et à recevoir un paiement de ces programmes. Les renseignements fournis dans le présent formulaire pourront également être utilisés par Santé Ontario et/ou par le ministère de la Santé dans le cadre de la gestion financière adéquate de ces programmes, ainsi que pour effectuer des recherches et évaluer les paramètres de ces programmes. Si vous souhaitez obtenir de plus amples renseignements sur la collecte effectuée par Santé Ontario, veuillez contacter ctp@ontariohealth.ca.