

RENSEIGNEMENTS SUR LA PRATIQUE

*N° Clin ID Invisalign®: <i>(identifiant du clinicien ou du docteur)</i>		**N° LID Invisalign® LID : <i>(identifiant de l'emplacement du cabinet)</i>	
Nom de la pratique <i>(nom commercial)</i> :			
Dénomination sociale :			
Type de personne morale : <input type="checkbox"/> Entreprise individuelle <input type="checkbox"/> Partenariat <input type="checkbox"/> Société à responsabilité limitée			
Adresse du cabinet et numéro de bureau/unité :			
Ville :	Province :	Code postal :	
N° de téléphone principal du cabinet :		Nombre total d'emplacements :	
Nom des propriétaires de l'entreprise :			
Type de la pratique <i>(choisir une réponse)</i> :		DSO <i>(si oui, indiquez le nom de la DSO)</i> :	
<input type="checkbox"/> Généraliste <input type="checkbox"/> Orthodontiste <input type="checkbox"/> Autre		<input type="checkbox"/> Oui _____ <input type="checkbox"/> Non <i>Les organisations d'assistance dentaire (DSO) sont des sociétés de gestion qui possèdent plusieurs cabinets dentaires.</i>	

COORDONNÉES DU PRINCIPAL CONTACT

Nom :	Téléphone :
Adresse courriel :	

COORDONNÉES POUR LES RAPPORTS DE RÈGLEMENT QUOTIDIENS

Nom :	Téléphone :
Adresse courriel :	N° de TPS/TVH :

LISTE D'EMPLACEMENTS CI-DESSOUS OU AJOUTEZ UNE LISTE D'EMPLACEMENTS

N° LID	Adresse, Province, Code postal	Téléphone	Nom du contact	Courriel

Les *numéros d'identification et **d'emplacement du clinicien sont exigés lors du processus d'inscription à des fins de vérification, uniquement. Le formulaire d'inscription sert à offrir un financement aux patients fourni par LendCare Capital, et n'implique pas que l'inscription au programme est liée à la réception de produits ou de services fournis par Align Technology

Veillez joindre une copie de ce qui suit :

1. Copie numérisée ou photo : statuts constitutifs, licence commerciale, enregistrement de partenariat.
2. Copie de chèque annulé

Date

Nom (en caractères d'imprimerie)

Signature