MEDISAFE DISTRIBUTION INC.

22/05/13
220513

Ph/Tél: **(604) 232-2442** Toll Free: **1-855-246-2442** Fax/Télécopieur: **(604) 232-2445**
Email/Courriel: sales@medisafecanada.com www.medisafecanada.com

Credit Card Authorization Form
Carte de crédit formulaires d'autorisation

Address - Name as it appears on Credit Card / Adresse - Nom de Carte de Crédit

Name / Nom *	
Company / Compagnie *	
Address - # / Adresse - # *	
City / Ville	Province *
Postal / Code Postal	Ph / Tél *
E-mail / Courriel	

Credit Card / Carte de Crédit : ☐ Visa ☐ MasterCard ☐ Amex

Expires: MO / YR

Card Number / Numéro de carte de crédit — Expiration: MM / AA — Code - # CVV

Signature of card holder (required if paying by this credit card)
Signature du titulaire de la carte (obligatoire si paiement par carte de crédit)

✓ _____

Return via Fax to: (604)-232-2445
Retourner via télécopieur au: