

DATE : \_\_\_\_\_

Numéro d'abonné : \_\_\_\_\_

**CLIENTÈLE - PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ :**

Le CIP offre, aux professionnels de la santé, la possibilité de faire l'achat d'une banque de temps de service. L'achat d'une banque de temps donne accès au service régulier du CIP de questions et réponses ainsi qu'aux publications.

**(SVP cocher)**

Tarification autre que Proxim-Uniprix

Bloc de 300 minutes : 360,00 \$

Bloc de 600 minutes : 720,00 \$

Bloc de 900 minutes : 1 075,00 \$

Bloc de 1200 minutes : 1 430,00 \$

Tarification Proxim-Uniprix

Bloc de 300 minutes : 350,00 \$

Bloc de 600 minutes : 700,00 \$

Bloc de 900 minutes : 1 045,00 \$

Bloc de 1200 minutes : 1 390,00 \$

**AUTRES CLIENTÈLES/AUTRES SERVICES :**

Les clients **autres que les professionnels de la santé ainsi que les demandes de service spécifiques** font l'objet d'ententes particulières. Pour de plus amples informations, veuillez contacter Mme Lyne Constantineau, chef du Département de pharmacie et directrice du CIP au 514 338-2222 poste 2666.

Payable par carte de crédit ou par chèque à l'ordre du CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal (CIP).

**MODE DE PAIEMENT :** Chèque  Carte de crédit

Master Card  Visa  Exp \_\_\_ / \_\_\_

N° \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_

➤ Si vous désirez effectuer votre paiement par **carte de crédit**, veuillez SVP faire parvenir votre formulaire par **télécopieur** au : 514 338-3670 ou par **courriel** au : cip.hsc@ssss.gouv.qc.ca.

➤ Si vous désirez effectuer votre paiement par **chèque**, veuillez SVP **poster** votre formulaire et y annexer votre chèque au montant correspondant à la banque de temps achetée.

\_\_\_\_\_  
Nom de la personne ressource

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Nom de l'entreprise ou de l'établissement

\_\_\_\_\_  
Bannière

\_\_\_\_\_  
Adresse

\_\_\_\_\_  
Ville

\_\_\_\_\_  
Province

\_\_\_\_\_  
Code postal

\_\_\_\_\_  
Téléphone

\_\_\_\_\_  
Télécopieur

\_\_\_\_\_  
Courriel

Veuillez, SVP, inscrire le nom ou les noms des **personnes autorisées** à utiliser cette banque de temps de service au CIP.

Nom	Prénom	Profession

N. B. : Tout autre demandeur **devra préalablement être autorisé** par écrit ou par télécopieur avant de pouvoir se prévaloir des services du CIP en votre nom.

Merci

LC/cb

---

Centre d'information pharmaceutique (CIP)  
 CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal  
 Hôpital du Sacré-Cœur-de-Montréal  
 5400, boul. Gouin Ouest, Montréal (Québec) H4J 1C5  
 Tél. : 514 338-2161, sans frais : 1-888-265-7692 / Téléc. : 514 338-3670  
 Courriel : [cip.hsc.cnmtl@ssss.gouv.qc.ca](mailto:cip.hsc.cnmtl@ssss.gouv.qc.ca) / Site Web : [www.infocip.com](http://www.infocip.com)