

FORMULAIRE DE DÉPÔT DIRECT
(À l'intention des pharmacies au Québec)

Il incombe au fournisseur d'aviser Express Scripts Canada, 10 jours à l'avance et par écrit, de tout établissement du dépôt direct ou de toute modification à celui-ci. Veuillez retourner le formulaire dûment rempli et signé, accompagné d'un chèque ANNULÉ ou d'une lettre de la banque, de l'une des façons suivantes :

Par télécopieur : **1 855 622-0669**

ou

Par la poste : **Express Scripts Canada, Service des relations avec les fournisseurs, 5770, rue Hurontario, 10^e étage, Mississauga, ON L5R 3G5**

SECTION A - RENSEIGNEMENTS SUR LA PHARMACIE

N° de fournisseur : _____

Dénomination sociale : _____

Adresse : _____

Ville, Province, Code postal : _____

Téléphone : _____ Télécopieur : _____

Adresse courriel : _____

SECTION B – RENSEIGNEMENTS SUR LE DÉPÔT DIRECT

☐ **Établissement du dépôt direct** ☐ **Modification au dépôt direct**

J'autorise Express Scripts Canada à établir le dépôt direct des paiements ou à le modifier. J'autorise les dépôts dans mon compte bancaire, mais non les retraits ni les autres types de transactions. Tous les renseignements fournis seront considérés comme CONFIDENTIELS. J'aviserai rapidement Express Scripts Canada de tout changement bancaire, qu'il s'agisse de la succursale ou du compte.

Date d'effet : _____

Veuillez fournir les renseignements ci-dessous et joindre

☐ Un chèque ANNULÉ (la photocopie d'un chèque ANNULÉ peut être télécopiée)

ou

☐ Une lettre de la banque

Nom de la banque : _____ Succursale : _____

Adresse de la succursale : _____

Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____

Banque : _____ Succursale : _____ N° de compte : _____

SECTION C – SIGNATURE

Nom complet du propriétaire ou du dirigeant de l'établissement (en caractères d'imprimerie)	Titre (en caractères d'imprimerie)
--	------------------------------------

Signature	Date
-----------	------