



# Autorisation de paiements

## Payment authorization

### Type d'abonnement *Pass type*

Familial / Family	410 \$
— membre additionnel / additional member	265 \$
Adulte / Adult	410 \$
Sénior 60 ans et plus / Senior 60 and more	345 \$
Étudiant 12 ans et plus / Student 12 and more	320 \$
Enfant 6-11 ans / Student 6–11 years old	275 \$
Enfant 0-5 ans / Child 5 or less	GRATUIT / FREE

**Veillez inscrire le nom et la DDN et identifier les membres qui désirent obtenir l'assurance.**  
*Please enter the name and DOB and identify the people you wish to insure.*

NOM / NAME	DDN / DOB	✓	ASSURANCE / INSURANCE
			+ 25 \$
			+ 25 \$
			+ 25 \$
			+ 25 \$
			+ 25 \$

### Informations de paiement / *Payment informtion*

Type de carte / Card Type	<input type="checkbox"/> MasterCard	<input type="checkbox"/> Visa	<input type="checkbox"/> Debit	<input type="checkbox"/> Chèque / Check
Nom du détenteur de carte / Card holder's Name				
Numéro sur la carte / Card Number				
Date d'expiration / Expiration Date (mm/yy)		CVC		
Adresse / Address				
Numéro de contact / Contact information				
Adresse courriel / Email address				

**Notre politique consiste à diviser votre facture en trois paiements égaux lorsque vous achetez votre abonnement en octobre. Le 1<sup>er</sup> paiement se fera lors de l'achat et ensuite, mensuellement**  
*Our payment policy consists in dividing your invoice in three equal payments when you buy your pass in October. The first payment will be made at the date of purchase and afterwards, monthly.*

ABONNEMENT / PASS TOTAL	\$	ASSURANCE / INSURANCE TOTAL	\$	GRAND TOTAL	\$
-------------------------	----	-----------------------------	----	-------------	----

taxes inclues / taxes included

Signature

Date

Veillez remplir toutes les cases ci-dessous et nous faire parvenir le tout par courriel: [info@montfarlagne.com](mailto:info@montfarlagne.com)  
 Please complete all fields below and send us by email: [info@montfarlagne.com](mailto:info@montfarlagne.com)

**ENVOYER / SEND**