



**THE ROYAL COLLEGE OF DENTISTS OF CANADA**  
**LE COLLÈGE ROYAL DES CHIRURGIENS DENTISTES DU CANADA**

2003 – 180 Dundas Street West, Toronto, ON M5G 1Z8 Phone: 416-512-6571 Fax: 416-512-6468

## Autorisation de prise de paiement

1. Nom : \_\_\_\_\_  
(Prénom) (2<sup>e</sup> prénom) (nom)

2. Spécialité : \_\_\_\_\_

3. Séance (Ex: "automne 2009") : \_\_\_\_\_

4. Autorisation du montant :

Frais d'ouverture de dossier (nouvelles demandes seulement) : \_\_\_\_\_ \$

Frais de reprise d'examen (candidats reprenant l'examen seulement): \_\_\_\_\_ \$

Droit d'examen (voir l'Information sur examens 2009) : \_\_\_\_\_ \$

**TOTAL:** \_\_\_\_\_ \$

Chèque inclu en devise canadienne :  \$ \_\_\_\_\_

OU

Mandat poste/Traite bancaire en devise canadienne :  \$ \_\_\_\_\_

Veuillez s'il vous plaît attacher votre chèque/mandat poste/traité bancaire ici.

**For office use only**

EXAM TYPE:	APPLICATION FEE::	R #:	DATE:
CHEQUE #:	EXAMINATION FEE	R #:	RCDC INITIALS:
SUMMARY #:	NOTES:	NOTES:	