

**BUREAU NATIONAL DE LA CERTIFICATION EN HYGIÈNE DENTAIRE EXAMEN
FORMULAIRE DE DEMANDE D'UN RÉIMPRESSION DU CERTIFICAT**

Veillez DACTYLOGRAPHIER ou ÉCRIRE EN LETTRES MOULÉES. Tout formulaire incomplet pourra donner lieu à des retards de traitement.

A RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

DATE APPROXIMATIVE 1. D'OBTENTION DU DIPLÔME : _____ DATE APPROXIMATIVE DE L'EXAMEN (MM/AA) : _____

2. NOM* : _____
(NOM) (PRÉNOM)

ADRESSE : _____
(RUE) (N° D'APP./CASE POSTALE)

(VILLE) (PROVINCE) (CODE POSTAL)

TÉLÉPHONE: _____ COURRIEL _____
(MAIN) (ALTERNATE)

***Veillez indiquer votre nom tel qu'il était lorsque vous avez reçu votre certificat. Si vous souhaitez que votre certificat soit imprimé à un nouveau nom, veuillez vous reporter à la section D ci-dessous.**

B FRAIS

Un réimpression du certificat sont de 42.00\$ + tps (5% en partout sauf AB, BC, SK, MB, QC et les territoires; 13% à ON, États-Unis et international; 15% en PE, NS, NB et NL). Un CHÈQUE VISÉ ou un MANDAT en devises canadiennes, à l'ordre du Bureau national de la certification en hygiène dentaire ou une carte de crédit valide (VISA ou MasterCard) ou de débit VISA sont requis. Les demandes de réimpression ne seront pas traitées tant que le paiement n'aura pas été reçu.

les informations sur la carte de crédit fournies ci-dessous Chèque ci-joint Mandat ci-joint

Numéro de carte de crédit Date d'expiration CVV

Adresse du détenteur (Numéro, Rue, Ville, Province, Code Postal)

Nom du détenteur Signature

C INFORMATION POSTALE

L'adresse postale est la même que celle indiquée à la section A.

Si l'adresse à laquelle vous souhaitez que le certificat soit envoyé est différente de celle indiquée à la section A, veuillez l'indiquer ici :

ADRESSE : _____
(RUE) (No D'APP./CASE POSTALE)

(VILLE) (PROVINCE) (CODE POSTAL)

Toutes les réimpressions sont envoyées par l'intermédiaire de Postes Canada ordinaire, sans information de suivi. Si vous souhaitez recevoir votre certificat plus rapidement, vous pouvez choisir l'une des options d'expédition ci-dessous et payer les frais associés :

- Postes Canada régulier (Canada et international) : \$0
- Poste prioritaire (Canada) : \$21.00 + tax
- Frais de courrier (Canada) : \$42.00 + tax
- Frais de courrier (International) : \$127.00 + tax

(La taxe équivaut à 5% en partout sauf AB, BC, SK, MB, QC et les territoires; 13% à ON, États-Unis et international; 15% en PE, NS, NB et NL)

D CHANGEMENT DE NOM

Si vous indiquez que vous souhaitez changer votre nom sur votre certificat et que ce nom est différent de celui que nous avons dans nos dossiers, nous vous demanderons de nous fournir une copie du document attestant de votre changement de nom légal (par exemple, un certificat de mariage, un document de divorce, des documents de changement de nom légal).

E VÉRIFICATION D'IDENTITÉ

- J'ai joint une copie scannée ou une photo de ma pièce d'identité avec photo. (Note : Il doit s'agir d'une copie émise par un gouvernement, c'est-à-dire un passeport, un permis de conduire, etc.)

For NDHCB Use Only

Request Received date (DD/MM/YYYY): _____

Fee charged for request – amount & date: _____

Candidate ID Number: _____

Candidate Examination date: _____