

**Coordonnées du client** (à remplir par le client ou par un agent TELUS)

Nom		Prénom	
Adresse			
Ville	Province	Code postal	
Numéro de téléphone		Autre numéro de téléphone	

**Exemption ou rabais** (cochez la case appropriée)

<input type="checkbox"/>	Exemption des frais d'assistance-annuaire en raison d'une <b>mobilité réduite</b>
<input type="checkbox"/>	Exemption des frais d'assistance-annuaire en raison d'une <b>déficience visuelle</b>
<input type="checkbox"/>	Exemption des frais d'assistance-annuaire en raison d'une <b>incapacité auditive</b> ou <b>orale</b>

**Format de facturation pour personne présentant une déficience visuelle** (cochez la case appropriée, au besoin seulement)

Veuillez m'envoyer les factures TELUS dans le format suivant :

<input type="checkbox"/>	Braille (intégral)	<input type="checkbox"/>	Caractères d'impression plus larges
--------------------------	--------------------	--------------------------	-------------------------------------

**Remarque :** TELUS fournira les factures dans le format spécifié ci-dessus dans les deux mois suivant la réception de ce formulaire dûment **rempli**.

**Consentement et décharge**

Le client soussigné consent par la présente que TELUS divulgue à un fournisseur de service tiers les renseignements de facturation liés aux numéros de téléphone indiqués ci-dessus, aux fins de production de facture dans un format différent. Le client soussigné a demandé à TELUS d'envoyer les données de facturation par Internet et comprend que TELUS ne peut être tenue responsable de la divulgation, de la perte ou de l'endommagement des données ainsi transmises.

Signature du client

Date

À remplir par un médecin ou un intervenant autorisé de l'organisation du demandeur

Nom et prénom du médecin ou de l'intervenant autorisé		Titre/poste	
Nom de l'organisation		Numéro de téléphone	
Adresse			
Ville	Province		Code postal

Raison(s) de la demande :

---

---

---

J'atteste par la présente que les renseignements fournis dans cette demande sont exacts.

Signature du médecin ou de l'intervenant autorisé

Date

Pour plus de renseignements, composez le **1-800-668-2433**.

Retournez à :

Centre de références pour les personnes handicapées  
C. P. 2070, Bureau R0211  
Rimouski (Québec) G5L 7E4