



“CARE” SERVICE REQUEST / DEMANDE DE SERVICE “CARE”

The fields mark with an * are mandatory / Les champs marqués d'un * sont obligatoires

1. Name and last name*: Nom et prénom :							
2. Date of birth*: Date de naissance:		Day: Jour:		Month: Mois:		Year: Année	
3. Email*: Courriel:							
4. Request date: Date de la demande:		Day: Jour:		Month: Mois:		Year: Année	
5. Country where you took your Scuba Course*: Pays où vous avez pris votre cours de plongée :							
6. Approximate date when you took your course (at least the year): Date approximative quand vous avez pris votre cours (au moins l'année)							
7. CARE service requested for (please select only one level)*: Service de CARE demandé pour (s'il vous plaît sélectionner un seul niveau):		Scuba Diver					
		Open Water Diver					
		Advanced Diver					
		Rescue Diver					
		Other					
8. If you selected “Other”, please specify which: Si vous avez sélectionné «Autre», s'il vous plaît préciser quels:							
9. If you took your course more than 2 years ago we need a passport type photo. Please email it to certifications@acucinternational.com as an image file. Print next the file name: Si vous avez pris votre cours il y a plus de 2 ans, nous avons besoin d'une photo de type passeport. SVP envoyez-le à certifications@acucinternational.com comme un fichier image. Imprimer ensuite le nom du fichier:							
The CARE service costs € 8 (plus 21% sales tax for EU citizens) per year Le service CARE coûte 8 € (plus 21% de taxe de vente pour les citoyens de l'UE) par an							
PAYMENT BY CREDIT CARD ONLY / PAIEMENT PAR CARTE DE CRÉDIT SEULEMENT							
10. Credit card type*: Type de carte de crédit :						Visa	
						Mastercard	
11. Credit Card number and CVC*: Numéro de carte de crédit et CVC :		# :			CVC :		
12. Expiry date*: Date d'expiration:				Month: Mois		Year: Année	
13. I authorize ACUC, by checking the YES column next, in lieu of my signature, to charge mi credit card the amount according to the option selected by me in point 10 above (plus VAT if applicable)*: J'autorise ACUC, en cochant la colonne OUI suivante, en lieu et place de ma signature, pour charger à ma carte de crédit le montant selon l'option choisie par moi au point 10 ci-dessus (plus taxes le cas échéant):				YES: OUI:		NO: NON:	
14. For EU citizens: Your National Identity Card or Passport number (needed for billing purposes): Pour les citoyens de l'UE : Votre numéro de carte d'identité nationale ou de passeport (nécessaire à des fins de facturation)							
15. Your full postal address for billing purposes (number and street; city; province or state; postal code and country – Please allow 10 working days to process your request)*: Votre adresse postale complète à des fins de facturation (numéro et rue, ville, province ou état, code postal et pays) - SVP permettre à 10 jours ouvrables pour traiter votre demande:							

Continued /Suite...

INSTRUCTIONS TO SEND A PDF INTERACTIVE QUESTIONNAIRE
DIRECTIVES POUR ENVOYER UN QUESTIONNAIRE PDF INTERACTIF

The best way to send us this questionnaire is by filling it, then save it on your PC with a different name and attach it to an email addressed to certifications@acucinternational.com. You may also fill it and then press the "Submit" button below. If you have problems, do not hesitate to contact us at the email mentioned before.

La meilleure façon de nous envoyer ce questionnaire est de le remplir, puis l'enregistrer sur votre PC avec un nom différent et l'attacher à un courrier électronique adressé à certifications@acucinternational.com. vous pouvez aussi le remplir et ensuite d'appuyer sur le bouton "Soumettre" ci-dessous. Si vous rencontrez des problèmes, n'hésitez pas à nous contacter au courrier électronique mentionné précédemment.