RED DOT ALERTS
920 Belfast Road, Unit 101
Ottawa, ON K1G 0Z6
Téléphone/Phone: 613-244-7400 or 1-888-557-2019
Fax: 613-244-7401
Personal Alert Solutions **Courriel/Email: info@reddotalerts.ca Site web/Website www.reddotalerts.ca**

◯ Memory Care / Sois de la mémoire
◯ At-Home / À domicile
◯ On-the-Go / Mobile
◯ RDA Pace

Fall Detection / Détecteur de chute
Yes/Oui ◯ No/Non ◯

SUBSCRIBER INFORMATION / INFORMATION DE L'ABONNÉ

Title/Titre:	Preferred Language/Langue Préférée: English/Anglais ◯ Français/French ◯
Name/Nom:	Date of Birth/Date de Naissance:
Address/Adresse:	Ring #/N° de Sonnette:
Apt #/N°d'App.: Lockbox code: _____	Do you live alone/Demeurez-vous seul(e) Yes/Oui ◯ No/Non ◯
City/Ville: Province:	Postal Code/Code Postal:
Tel #/N° de Tél: Email/Courriel:	
Home Alarm System/Système d'alarme de maison Yes/Oui ◯ No/Non ◯	
Do you have a lockbox/Avez-vous une boite à clés Yes/Oui ◯ No/Non ◯	

MEDICAL INFORMATION / INFORMATION MÉDICALE

Allergies:

Location of Medication/Emplacement des médicaments:

Medical Information for Responders/Renseignements médicaux pour les répondants:

RESPONDER INFORMATION / INFORMATION DU REPONDANT

1.Name/Nom:	2.Name/Nom:
Home#/N° Domicile:	Home#/N° Domicile:
Cell #/N°Cell: Network/Réseau:	Cell #/N°Cell: Network/Réseau:
Email/Courriel:	Email/Courriel:
Relation/Lien:	Relation/Lien:
Alert Preference/Préférence d'alertes: E-mail/Courriel Yes/Oui ◯ No/Non ◯ Text: Yes/Oui ◯ No/Non ◯ For On-the-Go + Memory Care / Pour mobile et Soins de la mémoire	Alert Preference/Préférence d'alertes: E-mail/Courriel Yes/Oui ◯ No/Non ◯ Text: Yes/Oui ◯ No/Non ◯ For On-the-Go + Memory Care / Pour mobile et Soins de la mémoire

3.Name/Nom:	Relation/Lien:
Home#/N° Domicile:	Alert Preference/Préférence d'alertes: E-mail/Courriel Yes/Oui ◯ No/Non ◯ Text: Yes/Oui ◯ No/Non ◯ For On-the-Go + Memory Care / Pour mobile et Soins de la mémoire
Cell #/N°Cell: Network/Réseau:	
Email/Courriel:	

AUTHORIZATION / AUTORISATION

I agree to the provided Terms of Service and will provide pre-authorized payment for my payment portion.
J'accepte les conditions de service offertes et fournierai un paiement préautoriseé pour ma part du paiement.

Client or Guarantor Name/Nom du Client ou Garant: _____

Signature:_____ Date: _____

If you have additional information to supplement what is provided on this field – please submit separately with your recent Notice of Assessment./ Si vous avez des informations supplémentaires pour compléter ce qui est fourni dans ce champ – veuillez soumettre séparément avec votre dernier avis de cotisation.

red dot

Personal Alert Solutions

PRE-AUTHORIZED PAYMENT PLAN

DIRECT DEBIT INFO

Subscriber Name:

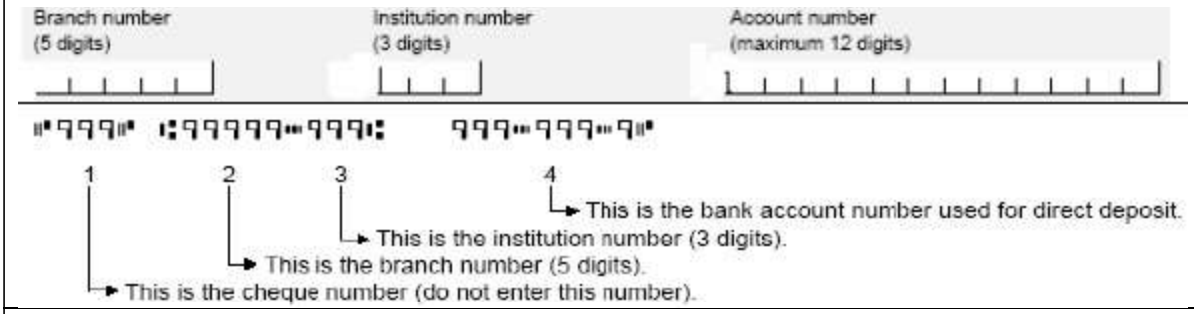
Financial Institution Name:

Branch Address:

Branch Number: (5 Digits)

Institution Number: (3 Digits)

Account Number: (max. 12 Digits)



Billing Period Commences: (first of month)

CREDIT CARD INFO (if method of payment differs from above)

Card Holder Name:

Card Type:	Card #
Expiration: /	CCV

AUTHORIZATION

I hereby agree to pay the activation, subscription and service fees as listed in this document. I authorize Red Dot Alerts to debit the bank account or bill the credit card identified above for the amounts documented in this agreement. The amount may be subject to future increase with 15 days written notification with cancellation options. I hereby acknowledge that I have read and understood the terms and conditions of the Red Dot Alerts Service Agreement.

X_____

Signature of Account Holder

Date _____