

ADHÉSION AU DÉBIT PRÉAUTORISÉ

ACCORD DU PAYEUR POUR DPA PONCTUELS

V190906

Titulaire et coordonnées du compte			
Nom et prénom du titulaire de compte		Adresse courriel	
Adresse	Ville	Code Postal	Numéro de téléphone
Nom de l'institution financière où est détenu le compte	N° de l'institution	N° de transit	N° de compte
Jour du 1 ^{er} prélèvement _____	Pourcentage du 1 ^{er} prélèvement _____	Jour du 2 ^{ème} prélèvement _____	Pourcentage du 2 ^{ème} prélèvement _____

Organisme bénéficiaire – Information de contact			
Nom de l'entreprise		Adresse courriel	
Adresse	Ville	Code Postal	Numéro de téléphone

Autorisation de retrait
<p>Je, soussigné(e), autorise l'organisme bénéficiaire à effectuer des débits préautorisés (DPA) ponctuels, de temps à autre, dans mon compte à l'institution financière désignée ci-dessus, pour le règlement de tous les montants portés au débit de mon compte avec la compagnie désignée bénéficiaire ci-dessus. Les dates de prélèvements seront déterminées selon le(s) choix indiqué(s) ci-haut.</p> <p>Je renonce toute forme de préavis indiquant le montant à prélever ainsi que la date de prélèvement.</p> <p>Changement ou annulation J'informerai l'organisme bénéficiaire, dans un délai raisonnable, de tout changement aux présentes.</p> <p>Je peux révoquer mon autorisation à tout moment, sur signification d'un préavis de 10 jours. Pour obtenir un spécimen de formulaire d'annulation ou pour plus d'information sur mon droit d'annuler un Accord de DPA, je peux communiquer avec mon institution financière ou consulter le site de l'Association canadienne des paiements à l'adresse www.cdnpay.ca. Je dégage l'institution financière de toute responsabilité si la révocation n'était pas respectée, à moins qu'il ne s'agisse d'une négligence grave de sa part.</p> <p>Je conviens que l'institution financière où j'ai mon compte n'est pas tenue de vérifier que le paiement est prélevé conformément à mon autorisation. J'atteste, de plus, que toutes les personnes dont les signatures sont nécessaires pour le fonctionnement du compte identifié ci-dessus ont signé la présente autorisation.</p> <p>Je reconnais que le fait de remettre la présente autorisation à l'organisme bénéficiaire équivaut à la remettre à l'institution financière indiquée ci-dessus.</p>

Remboursement
<p>J'ai certains droits de recours si un débit n'est pas conforme au présent Accord. Par exemple, j'ai le droit de recevoir le remboursement de tout DPA qui n'est pas autorisé ou qui n'est pas compatible avec le présent Accord de DPA. Pour obtenir plus d'information sur mes droits de recours, je peux communiquer avec mon institution financière ou visiter www.cdnpay.ca.</p> <p>L'institution financière me remboursera, au nom de l'organisme, les montants retirés par erreur dans les 10 jours ouvrables du retrait, dans la mesure où le remboursement est demandé pour une raison admissible.</p> <p>Je comprends que je devrai faire une demande à cet effet à mon institution financière selon la procédure qu'elle me fournira.</p> <p>Enfin, je reconnais qu'une demande de remboursement produite après les délais indiqués précédemment devra être réglée entre l'organisme et moi, sans responsabilité ni engagement de la part de l'institution financière.</p>

Consentement à la communication de renseignements
<p>Je consens à ce que les renseignements contenus dans ma demande d'adhésion au débit préautorisé soient communiqués à l'institution financière, dans la mesure où cette communication de renseignements est directement reliée et nécessaire à la bonne mise en oeuvre des règles applicables en matière de débits préautorisés.</p>

Signature du ou des titulaires	
_____ Signature du titulaire du compte	_____ Date (aaaa/mm/dd)
_____ Signature du second titulaire (si nécessaire)	_____ Date (aaaa/mm/dd)

IMPORTANT : Joindre un chèque personnel portant la mention « ANNULÉ » pour éviter toute erreur de transcription. Si vous changez de compte ou d'institution financière, veuillez en aviser l'organisme bénéficiaire.