Municipalité de Saint-Malachie

610, 7e rue, Saint-Malachie (Québec) G0R 3N0
Téléphone : 418-642-2102
contact@st-malachie.qc.ca

.....

ADHÉSION AU RETRAIT DIRECT

(remplir les sections en rouge, retourner le formulaire d'adhésion à la Municipalité de Saint-Malachie avec un chèque portant la mention ''Annulé'' en prenant soin d'indiquer votre (vos) numéro(s) de matricule concerné(s))

Titulaire du compte

Nom et prénom du (des) titulaire(s)	No de téléphone
Adresse (rue, ville, province)	
	Code postal

Institution financière		Organisme bénéficiaire	
Nom de l'institution financière		Nom de l'organisme MUNICIPALITÉ DE SAINT-MALACHIE	
No de l'institution	No de transit		No de téléphone 418-642-2102
Adresse de l'institution financière		Adresse de l'organisme bénéficiaire 610 7e Rue	
	Code postal	SAINT-MALACHIE QC	Code postal G0R 3N0

Autorisation de retrait

Je soussigné(e) (s'il s'agit d'une personne morale, ici représentée par son ou ses représentants dûment autorisé(s)), autorise l'organisme bénéficiaire à effectuer des retraits dans mon compte no _____, détenu à l'institution financière, à la fréquence suivante : aux dates d'échéance inscrites sur le compte de taxes (sans autre avis de notre part avant la date du retrait)

Chaque retrait correspondra :
à un montant variable, lequel me sera communiqué par l'organisme bénéficiaire, par écrit, sur mon compte de taxes annuel.

Par ailleurs, je conserve le droit de révoquer en tout temps mon autorisation en avisant par écrit l'organisme bénéficiaire. 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.

J'informerai l'organisme bénéficiaire, par écrit et dans un délai raisonnable, de tout changement aux présentes.

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 plus haut ont signé la présente autorisation.

Je reconnais que le fait de remettre la présente autorisation à l'organisme bénéficiaire équivaut à la remettre à l'institution financière indiquée plus haut.

Remboursement

L'institution financière me remboursera, au nom de l'organisme, les montants retirés par erreur dans les 90 jours du retrait pour un titulaire particulier et dans les 10 jours du retrait pour un titulaire entreprise, dans la mesure où le remboursement est demandé pour l'une ou l'autre des raisons suivantes :

a) **le retrait n'a pas été effectué conformément à mon autorisation ;**

b) **mon autorisation a été révoquée ;**

Je comprends que je devrai faire une déclaration écrite à cet effet à mon institution financière sur le formulaire qu'elle me fournira.

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.

Consentement à la communication de renseignements

Je consens à ce que les renseignements contenus dans ma demande d'adhésion au retrait direct soient communiqués à l'institution financière, dans la mesure où cette communication de renseignements est directement reliée si nécessaire à la bonne mise en œuvre des règles applicables en matière de débits pré-autorisés.

Signature du ou des titulaires

_____ _____
Signature du titulaire du compte **Date**

_____ _____
Signature du second titulaire (s'il y a lieu) **Date**

Numéro(s) de dossier concernés (Matricule sur votre compte):

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 payeur.***