ADHÉSION AU DÉBIT PRÉAUTORISÉ
ACCORD DE DPA DU PAYEUR

TITULAIRE(S) ET COORDONNÉES DU COMPTE		
Nom et prénom du (des) titulaire(s) :		Nº de téléphone :
Adresse (rue, ville, province) :		Code postal
Nom de l'institution financière où est détenu le compte :		Nº de compte (avec chiffre vérificateur) :
Nº de l'institution :	Nº de transit :	

ORGANISME BÉNÉFICIAIRE – INFORMATION DE CONTACT		
Nom de l'organisme :	À l'attention de :	Pascale Laperrière, Adjointe adm.
Municipalité de Saint-Gilles	Courriel :	plaperriere@stgilles.net
Adresse (rue, ville, province)	Téléphone :	418 888-3198
165, rue O'Hurley, Saint-Gilles (Québec)	Code postal :	G0S 2P0

AUTORISATION DE RETRAIT

Je, soussigné(e) (s'il s'agit d'une personne morale, ici représentée par son ou ses représentant(s) dûment autorisé(s)), autorise l'organisme bénéficiaire à effectuer des débits préautorisés (DPA) dans mon compte à l'institution financière désignée ci-dessus, à la fréquence suivante :

☐ hebdomadaire ☐ aux deux semaines ☐ bimensuelle ☐ mensuelle

☒ autre : **selon les 6 versements prévus au compte de taxes**

Chaque retrait correspondra :

☐ à un montant variable, lequel me sera communiqué par l'organisme bénéficiaire, par écrit, au moins 10 jours avant la date d'échéance.

☐ à un montant fixe de _____ $, lequel pourra être majoré sans autre autorisation de ma part, pourvu que l'organisme bénéficiaire me transmette un avis écrit au moins 10 jours avant la date d'échéance du paiement tel que modifié :

Pour le service suivant : Le tout constituant un DPA ☐ personnel/particulier ☐ d'entreprise

RENONCIATION :

☒ Je renonce à recevoir l'avis écrit de 10 jours mentionné ci-dessus.

☐ J'accuse réception d'une copie de cet Accord et je renonce à toute confirmation avant le premier paiement.

CHANGEMENT OU ANNULATION :

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

Je peux révoquer mon autorisation à tout moment, sur signification d'un préavis de 10 jours (maximum de 30 jours civils). 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.

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. 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.

REMBOURSEMENT

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 DEP. Pour obtenir plus d'information sur mes droits de recours, je peux communiquer avec mon institution financière ou visister www.cdnpay.ca.

L'institution financière me remboursera, au nom de l'organisme, les montants retirés par erreur dans les 90 jours civils du retrait pour un DPA personnel et dans les 10 jours ouvrables du retrait pour un DPA d'entreprise, dans la mesure où le remboursement est demandé pour une raison admissible.

Je comprends que je devrai faire une demande à cet effet à mon institution financière selon la procédure 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 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 œuvre des règles applicables en matière de débits préautorisés.

SIGNATURE DU OU DES TITULAIRES

_____ _____
Signature du titulaire du compte Date : jj, mm, aaaa

_____ _____
Signature du second titulaire Date : jj, mm, aaaa
(S'il s'agit d'un compte pour lequel deux signatures sont requises)

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.