

NUMÉRO DE MATRICULE : - - - - -

TITULAIRE(S) DU COMPTE

Nom et prénom du titulaire :	N° de téléphone résidentiel et/ou personnel)
Nom et prénom du titulaire additionnel :	N° de téléphone (résidentiel et/ou personnel)
Adresse de la propriété (rue, ville, province, code postal) :	

Adresse courriel :

RENSEIGNEMENTS RELATIFS À L'INSTITUTION FINANCIÈRE ET AU COMPTE

Institution financière où est détenu le compte :

N° de l'institution :	N° de transit :	N° de compte (avec chiffre vérificateur) :
------------------------------	------------------------	---

ORGANISME BÉNÉFICIAIRE

Ville de Saint-Augustin-de-Desmaures

AUTORISATION DE PORTER UN DÉBIT AU COMPTE

Je, soussigné(e), autorise la Ville de Saint-Augustin-de-Desmaures (ci-après : Ville) et l'institution financière désignée (ou toute autre institution financière que je pourrais autoriser à tout moment) à débiter le compte bancaire susmentionné pour un débit préautorisé (DPA) ponctuel au montant de [] en date du [] .

L'accord ne sera plus valide une fois le paiement effectué. Il est entendu que la Ville obtiendra un nouvel accord de DPA avant tout autre débit devant être porté à mon compte.

Le tout constituant un DPA dans le cadre d'une utilisation : Personnelle Entreprise

CHANGEMENTS OU ANNULATION DE L'ACCORD

J'informerai la Ville dans un délai raisonnable de tout changement aux présentes.

Je peux révoquer mon autorisation à tout moment, avec un préavis arrivant au moins 10 jours ouvrables avant la date de paiement unique. Pour obtenir un spécimen du formulaire d'annulation ou pour plus d'informations sur mon droit d'annuler un Accord de DPA, je peux télécharger ledit formulaire sur le site web de la Ville (www.vsad.ca), je peux contacter mon institution financière ou consulter le site web de Paiements Canada (www.paiements.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.

Je reconnais que la Ville peut résilier le présent Accord de DPA du payeur en me transmettant un avis écrit d'au moins 30 jours civils avant de cesser d'émettre des débits préautorisés.

DÉCLARATION DE RECOURS/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 débit 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.paiements.ca. En cas de recours, toute demande en justice devra être déposée dans le district judiciaire de Québec.

CONSENTEMENT A LA COMMUNICATION DE MES 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.

RENONCIATION

J'accuse réception d'une copie de cet Accord et je renonce à toute autre confirmation avant le débit.

SIGNATURE(S)

Signature du titulaire du compte bancaire		Date :
Signature du second titulaire (compte conjoint pour lequel deux signatures sont requises)		Date :

VEUILLEZ TRANSMETTRE CE FORMULAIRE :

Ville de Saint-Augustin-de-Desmaures
200 route de Fossambault,
Saint-Augustin-de-Desmaures (Québec) G3A 2E3
Par courriel : tresorerie@vsad.ca

*****VOUS DEVEZ JOINDRE UN SPÉCIMEN CHÈQUE *****