



Le Mouvement des caisses
de Saint-Jérôme inc.
C-1102

ADHÉSION AU DÉBIT PRÉAUTORISÉ ACCORD DE DPA DU PAYEUR

Titulaire(s) et coordonnées du compte		N° de téléphone
Nom et prénom du (des) titulaire(s)		450-377-3925
Adresse (rue, ville, province) 1, rue Des Aînés chambre # _____ Salaberry-de-Valleyfield Qc		Code postal J6S 6W8
Nom de l'institution financière où est déposé le compte		N° de compte (avec chiffre vérificateur)

Organisme bénéficiaire – Information de contact

Nom de l'organisme La Maison des Aînés de Saint-Timothée Inc.	A/S ou courriel genesis1@cogocable.ca	Téléphone 450-377-3925
Adresse (rue, ville, province) 1 rue Des Aînés, Salaberry-de-Valleyfield Qc	Code postal J6S 6W8	

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

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 : Hébergement Public (montant sujet à changement selon avis de décision de la R.A.M.Q.)

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 autre confirmation avant le premier paiement.

Changement ou annulation :

J'informe 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 _____ 15 _____ 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'aieste, 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 DPA. Pour obtenir plus d'information sur mes droits de recours, je peux communiquer avec mon institution financière ou visiter 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 et/ou du représentant	_____ Date (jj/mm/aaaa)
_____ Signature du second titulaire (s'il s'agit d'un pour lequel deux signatures sont requises)	_____ Date (jj/mm/aaaa)

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.

Légende :

Les chiffres dans les encadrés grisés illustrent les **7 dispositions d'application obligatoires** que l'on doit retrouver dans tout Accord de DPA du payeur justifiant un débit préautorisé (DPA), en conformité avec la Règle H1. Vous pouvez personnaliser le modèle, mais vous devez conserver, au minimum, ces éléments obligatoires et, par la suite, faire valider votre Accord par le service AccèsD Affaires.

1. Date et signature de l'accord
2. Autorisation par le titulaire de porter un débit au compte du payeur
3. Catégorie de DPA (personnel ou d'entreprise)
4. Montant et périodicité du DPA ou événement qui précède la périodicité du DPA
5. Méthode et délai (maximum de 30 jours) pour annuler l'accord, incluant les modalités pour obtenir un spécimen de formulaire d'annulation
6. Coordonnées pour contacter l'entreprise émettrice de DPA afin de poser des questions, obtenir de l'information ou faire valoir un recours
7. Déclaration sur les droits de recours et modalités de remboursement



ADHÉSION AU DÉBIT PRÉAUTORISÉ ACCORD DU PAYEUR POUR DPA SPORADIQUES

Titulaire(s) et coordonnées du compte

Nom et prénom du (des) titulaire(s)	N° de téléphone 450-377-3925		
Adresse (rue, ville, province) 1, rue Des Aînés, Chambre # _____ Salaberry-de-Valleyfield, Qc.	Code postal J6S 6M8		
Nom de l'institution financière où est détenu le compte	N° de l'institution	N° de transit	N° de compte (avec chiffre vérificateur)

Organisme bénéficiaire – Information de contact

Nom de l'organisme La Maison des Aînés de Saint-Timothée Inc.	A/S ou courriel genes11@cgocable.ca	Téléphone 450-377-3925
Adresse (rue, ville, province) 1, rue Des Aînés, Salaberry de Valleyfield, Qc	Code postal J6S 6M8	

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) ponctuels, de temps à autre, dans mon compte à l'institution financière désignée ci-dessus, pour des paiements découlant de notre entente de service ou définis comme suit :

le tout constituant un DPA personnel/particulier d'entreprise

Il est entendu que l'organisme bénéficiaire obtiendra mon autorisation avant chaque débit ponctuel ou sporadique devant être porté à mon compte.

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 _____ 15 _____ 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 DPA. Pour obtenir plus d'information sur mes droits de recours, je peux communiquer avec mon institution financière ou visiter 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 (s'il s'agit d'un pour lequel deux signatures sont requises) _____	Date (jj/mm/aaaa) _____

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.