

Municipalité Saint-Frédéric 850, rue l'Hôtel de Ville Saint-Frédéric (Qc) GON 1PO

Tél: 418.426.3357 POSTE 101

ADHÉSION AU DÉBIT PRÉAUTORISÉ ACCORD DE DPA DU PAYEUR

Fax: 418.426.1259

Titulaire(s) et coordonnées du compte			
Nom et prénom du (des) titulaire(s)			N° de téléphone
Adresse (rue, ville, province)			Code postal
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 Municipalité Saint-Frédéric	Courriel municipal@saint-frederic.com		
Adresse (rue, ville, province) 850, rue l'Hôtel de Ville Saint-Frédéric Québec	Code postal GON 1PO		Téléphone (418) 426-3357
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 :			
aux versements de taxes : mars, mai, juillet, septembre et novembre			
Chaque retrait correspondra :			
Renonciation:			
J'accuse réception d'une copie de cet Accord et je renonce à toute autre	confirmation avant le	premier paiemer	nt.
Changement ou annulation : J'informerai l'organisme bénéficiaire, dans un délai raisonnable, de tout changement ou annulation :	gement aux présentes	s. Je peux révoque	er mon autorisation à tout moment.
Je conviens que l'institution financière où j'ai mon compte n'est pas tenue de J'atteste, de plus, que toutes les personnes dont les signatures sont nécessa 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	Consentement à la communication de renseignements		
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.	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.		
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.	Signature du ou Signa	des titulaires uture du titulaire du cor	mpte Date (jj/mm/aaaa)
Je comprends que je devrai faire une demande à cet effet à mon institution financière selon la procédure qu'elle me fournira.	Siar	nature du second titula	aire Date (jj/mm/aaaa)
Enfin, je reconnais qu'une demande de remboursement produite après	(s'il s'agit d'un 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

les délais indiqués précédemment devra être réglée entre l'organisme et moi, sans responsabilité ni engagement de la part de l'institution

financière.