

N° matricule : _____
(N° débutant par F sur le coupon de paiement)

TITULAIRE(S) ET COORDONNÉES DU COMPTE

Nom et prénom du (des) titulaires(s)		N° de téléphone	
_____		_____	
Adresse (rue, ville, province)		Code postal	
_____		_____	
Nom de l'institution financière	N° de l'institution	N° de transit	N° de compte (avec chiffre vérificateur)
_____	_____	_____	_____

AUTORISATION DE RETRAIT

Je, soussigné(s) (s'il s'agit d'une personne morale, ici représentée par son ou ses représentants(s) dûment autorisé(s), autorise la Municipalité de Rawdon à effectuer des débits préautorisés (DPA) dans mon compte à l'institution financière désignée ci- dessus, selon le choix suivant :

OPTION A

PAIEMENT PRÉAUTORISÉ SELON LES ÉCHÉANCES INDIQUÉES SUR LE COMPTE DE TAXES ANNUELLES, COMPLÉMENTAIRES, FACTURES DIVERSES ET DROITS DE MUTATION

Cette autorisation est valable pour les types de comptes énumérés cidessus, tant et aussi longtemps qu'une demande écrite de changement ou d'annulation de DPA n'est pas faite.

Le tout constituant un DPA : Personnel/particulier
 D'entreprise

Renonciation :

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

OPTION B

DOUZE (12) VERSEMENTS ÉGAUX MENSUELS **AVEC** INTÉRÊTS LE _____ (DATE DE RETRAIT) DE CHAQUE MOIS.

Si vous n'indiquez pas de date, le retrait sera effectué le 20 du mois. Indiquez la date de début :

Cette autorisation est valable pour les comptes de taxes annuelles seulement, tant et aussi longtemps qu'une demande écrite de changement ou d'annulation de DPA n'est pas faite. Montants prélevés = montant total dû en fonction des comptes de taxes annuelles et INTÉRÊTS applicables.

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 oeuvre des règles applicables en matière de débits préautorisés.

Signature du titulaire

Signature du second titulaire

Date

Date

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 aviser la Municipalité de Rawdon.

CHANGEMENT OU ANNULATION

J'informerai la Municipalité de Rawdon, dans un délai raisonnable, de tout changement aux présentes.

Je peux révoquer mon autorisation à tout moment sur signification d'un préavis de cinq (5) jours. 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 la Municipalité de Rawdon 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 la Municipalité de Rawdon 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 la être réglée entre la Municipalité de Rawdon et moi, sans responsabilité ni engagement de la part de l'institution financière.

ORGANISME BÉNÉFICIAIRE - INFORMATION DE CONTACT

MUNICIPALITÉ DE RAWDON

Adresse : 3647, rue Queen, Rawdon, (Québec) J0K 1S0

Téléphone : 450 834-2596

Faire parvenir ce formulaire à la Municipalité de Rawdon au 3647, rue Queen, Rawdon, (Québec) J0K 1S0.