

Formulaire d'autorisation des paiements automatiques

Bénéficiaire: Le Havre du Village Liberté sur Berges Inc. (HVLBSB)

A/s hvlbsb@villageliberte.net

J'autorise/Nous autorisons le bénéficiaire et l'institution financière désignée (ou toute autre institution financière que je pourrais/nous pourrions autoriser à tout moment) à commencer à déduire selon mes/nos instructions, des montants répétitifs mensuels et/ou des paiements ponctuels occasionnels pour le règlement de tous les montants portés au débit de mon/notre ou mes/nos comptes avec le bénéficiaire. Les paiements mensuels périodiques au montant intégral des services rendus seront portés au débit de mon/notre compte le 1^{er} jour de chaque mois. Dans le cas de prélèvement de ce type, je recevrai relativement aux prélèvements de montants fixes, un avis écrit du bénéficiaire quand aux montants à débiter et aux dates d'échéance des prélèvements, au moins 10 jours civils avant la date d'échéance du premier prélèvement. Le bénéficiaire obtiendra mon/notre autorisation pour tout autre débit ponctuel ou sporadique.

Cette autorisation demeure en vigueur jusqu'à ce que le bénéficiaire ait reçu de ma/notre part un préavis de sa modification ou de sa résiliation. Ce préavis doit arriver au moins 10 jours ouvrables avant la date prévue du prochain débit à l'adresse indiquée ci-après. Je peux/Nous pouvons obtenir un spécimen de formulaire d'annulation, ou plus d'information sur mon/notre droit d'annuler un DPA du payeur en m'adressant/nous adressant à mon/notre institution financière ou en visitant www.cdnpay.ca.

Le bénéficiaire ne peut céder la présente autorisation, ni directement ni indirectement, par application de la loi, changement de contrôle ou autrement, sans me/nous donner au moins 10 jours de préavis écrit.

J'ai/Nous avons certains droits de recours si un débit n'est pas conforme au présent accord. Par exemple, j'ai/nous avons 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 un formulaire de demande de remboursement, ou pour plus d'information sur mes/nos droits de recours, je/nous peux/pouvons communiquer avec mon/notre institution financière ou visiter www.cdnpay.ca.

Nom(s) du payeur (compte) : _____

Numéro d'Identification chez le bénéficiaire : (#condo) _____

Type de service : Personnel _____ Entreprise _____

Adresse du payeur : _____ Ville _____

Province _____ Code postal _____

Téléphone : (bureau)() _____ (résidence)() _____

Institution financière

No de l'institution : _____ No de transit _____

No de compte à débiter _____

Adresse _____ Ville _____

Province _____ Code postal _____

Signature autorisée au compte bancaire : X _____

DATE : _____

*Un spécimen de chèque dûment marqué 'NUL' est joint à la présente autorisation.