

## ADHÉSION AU DÉBIT PRÉAUTORISÉ (ACCORD DU PAYEUR)

### Titulaire et coordonnées du compte

Titulaire (Nom au complet)		No. de téléphone	
Adresse (rue, ville, province)		Code postal	
Institution financière et lieu de la succursale	No. de l'institution (3 chiffres)	No. de transit (5 chiffres)	No. du compte (avec chiffre vérificateur)

### Organisme bénéficiaire - Information

Nom de l'organisme VILLE DE BEAURIVAGE	Courriel RECEPTION@BEAURIVAGE.ORG	
Adresse (rue, ville, province) 1-9235 MAIN STREET, RICHIBUCTO	Code postal E4W 4B4	No. de téléphone (506) 523-7870

#### **Autorisation de prélèvement:**

Je, soussigné (s'il s'agit d'une personne morale, représentée aux présentes par son représentant, qui déclare être dûment autorisé aux fins des présentes), autorise l'organisme bénéficiaire à effectuer un débit préautorisé (DPA) à partir de mon compte auprès de l'institution financière indiquée ci-dessus, selon la périodicité suivante :

mensuelle (le dernier jour de chaque mois)

Chaque prélèvement correspondra à un montant de \_\_\_\_\_ \$ pour le service suivant :

taxes d'eau et égouts     gymnase/mieux-être     autre: \_\_\_\_\_

#### **Changement or annulation:**

Je m'engage à informer l'organisme bénéficiaire, au moyen d'un préavis de 30 jours (maximum), de toute modification apportée à la présente entente. Pour plus d'information sur mon droit d'annuler une entente de DPA, je peux communiquer avec mon institution financière ou consulter le site de Paiements Canada à l'adresse [www.cdnpay.ca](http://www.cdnpay.ca). Je consens à dégager l'institution financière de toute responsabilité si la révocation n'est pas respectée, sauf en cas de négligence grave.

Je reconnais que l'institution financière auprès de laquelle je détiens mon compte n'est pas tenue de vérifier que le paiement est effectué conformément à mon autorisation. Je confirme également que toutes les personnes dont la signature est requise pour le fonctionnement du compte mentionné ci-dessus ont signé la présente autorisation. Je suis conscient(e) qu'en soumettant la présente autorisation à l'organisme bénéficiaire, je la sou mets également à l'institution financière susmentionnée.

### Signature du ou des titulaires

_____ Titulaire principal du compte (en lettres moulées)	
_____ Signature	_____ Date
_____ Titulaire secondaire du compte (en lettres moulées)	
_____ Signature	_____ Date

\*\*\* Important \*\*\*

Veuillez joindre un chèque personnel portant la mention « ANNULÉ » afin d'éviter toute erreur de transcription.  
Si vous changez de compte ou d'institution financière, veuillez en informer l'organisme bénéficiaire.

