

<b>Organisme bénéficiaire – Information de contact</b>		N° de l'organisme	
Nom de l'organisme		A/S ou courriel	
Adresse (rue, ville, province)		Code postal	Téléphone

<b>Titulaire(s) et coordonnées du compte</b>		N° de client	
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)

**Autorisation de retrait**

Je, soussigné(e) (s'il s'agit d'une personne morale, ici représentée par son ou ses représentants [s] dûment autorisé [s]), autorise l'organisme bénéficiaire à effectuer des débits préautorisés (DPA) dans mon compte à l'institution financière désignée ci-dessus

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 tel que stipulé à la case «Montant du versement» 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 : \_\_\_\_\_

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.

**Nouvelle transaction**

Montant du versement		Montant du temporaire	
Date du premier paiement		Date du temporaire	
Nombre de versements excluant le temporaire	<b>Illimité</b> <input type="checkbox"/>	Fréquence	
		<input type="checkbox"/> hebdomadaire <input type="checkbox"/> aux deux semaines <input type="checkbox"/> bimensuelle <input type="checkbox"/> mensuelle <input type="checkbox"/> autre Spécifiez : _____	

**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 notre fournisseur de service de paiements, ACCEO Solutions inc. et 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. Je reconnais que j'ai lu et j'accepte les conditions de changement et d'annulation ainsi que les conditions de remboursement telles que stipulées au verso de la présente autorisation

**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.**

**Identification du responsable à l'organisme (Remplir les champs à la page 2 de 2 pour modifier ou supprimer la transaction)**

Nom du responsable à l'organisme (S.V.P. écrire lisiblement)	N° Téléphone du responsable	Poste	Date
Signature du responsable à l'organisme			Date

**Changement ou annulation :**

J'informerai l'organisme bénéficiaire, dans un délai de trois jours ouvrables, de tout changement aux présentes.

Je peux révoquer mon autorisation à tout moment, sur signification d'un préavis d'un maximum de 5 jours ouvrables. 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](http://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.

**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](http://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.

**Section réservée au responsable à l'organisme**

<b>Organisme bénéficiaire – Information de contact</b>	N° de compagnie
Nom de l'organisme	
<b>Titulaire(s) et coordonnées du compte</b>	N° de client
Nom et prénom du (des) titulaire(s)	

**Modifier une transaction**

Nom de l'institution financière où est détenu le compte		N° de l'institution	N° de transit	N° de compte (avec chiffre vérificateur)
Ancien montant du versement	Nouveau montant du versement	Nombre de versements excluant le temporaire		Montant du temporaire
Ancienne date du prochain paiement	Nouvelle date du prochain paiement	Fréquence de paiement		Date du temporaire

**Annulation d'une transaction**

Date à partir de laquelle la transaction ne doit plus s'effectuer	Date à partir de laquelle la transaction doit s'effectuer de nouveau
---	--

**Suppression de la transaction**

**Notes**

Date à partir de laquelle la transaction doit être supprimée définitivement	
---	--

**Identification du responsable à l'organisme**

Nom du responsable à l'organisme (S.V.P. écrire lisiblement)	N° Téléphone du responsable	Poste	Date
Signature du responsable à l'organisme			Date