



# ADHÉSION AU DÉBIT PRÉAUTORISÉ ACCORD DU PAYEUR POUR DPA SPORADIQUES

---

## 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 de Saint-Simon

**Courriel**

rosemarie-delage@saint-simon.ca

**Adresse (rue, ville, province)**

49, rue du Couvent, Saint-Simon, Qc

**Code postal**

JOH 1Y0

**Téléphone**

450 798-2276

---

## 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) ponctuels, de temps à autre, dans mon compte à l'institution financière désignée ci-dessus, pour des paiements découlant de notre entente de service ou définis comme suit: .

Détail de l'entente:

le tout constituant un DPA

personnel/particulier

d'entreprise

Il est entendu que l'organisme bénéficiaire procédera au débit de mon compte aux dates de versement des taxes prévues pour l'année en cours.

## Changement ou annulation

J'informerai l'organisme bénéficiaire, dans un délai raisonnable, de tout changement aux présentes

Nombre de jours

Je peux révoquer mon autorisation à tout moment, sur signification d'un préavis de

(maximum de 30 jours civils). 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 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 l'organisme bénéficiaire 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](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.

---

## 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 ou des titulaires

Signature du titulaire du compte

Date

Signature du second titulaire (si requis)

Date

**IMPORTANT** : Joindre un chèque personnel portant la mention «ANNULÉ» pour éviter toute erreur de transaction. Si vous changez de compte ou d'institution financière, veuillez en aviser l'organisme bénéficiaire.