

ADHÉSION AU DÉBIT PRÉAUTORISÉ  
ACCORD DE DPA DU PAYEUR

ENTENTE DE PAIEMENT NO : \_\_\_\_\_

**Titulaire(s) et coordonnées du compte**

Prénom, Nom :		Tel. :	
Adresse :			
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**

Cour municipale commune de Cowansville		
220, place Municipale, Cowansville	J2K 1T4	450-263-5434

**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 pré autorisés (DPA) dans mon compte ci-dessus, à la fréquence suivante : le 1<sup>er</sup> jour de chaque mois.

Chaque retrait correspondra à un montant fixe de \$, 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. Le tout constituant un DPA  personnel/particulier  d'entreprise.

Le dernier paiement de mon entente sera majoré à un montant de \$, le présent document fait office d'avis écrit de la part de l'organisme bénéficiaire.  Je consens à la majoration du dernier paiement de l'entente.

**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.

**Changement ou annulation :**

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

Je peux révoquer mon autorisation à tout moment, sur signification d'un préavis de 10 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.paiements.ca](http://www.paiements.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 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.paiements.ca](http://www.paiements.ca).

L'institution financière me remboursera, au nom de l'organisme, les montants retirés par erreur dans le 90 jours civils du retrait pour un DPA **personnel** et dans le 10 jours ouvrables du retrait ou 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 pré autorisé soient communiqués 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 pré autorisés.

**Signature du ou des titulaires**

_____ Signature du titulaire du compte	_____ Date
_____ Signature du second titulaire du compte (s'il s'agit d'un compte pour lequel deux signatures sont requises)	_____ 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 en aviser l'organisme bénéficiaire.**