



ADHÉSION AU DÉBIT PRÉAUTORISÉ Les Amis de la Saint-Camille

Titulaire(s) et coordonnées du compte

Nom et prénom du (des) titulaire(s)		N° de téléphone	
Adresse (rue, ville, province)		Code postal	
Courriel			
Nom de l'institution financière où est détenu le compte	N° d' institution	N° de transit	N° de compte (avec chiffre vérificateur)

Organisme bénéficiaire—Information de contact

Nom de l'organisme Les Amis de la Saint-Camille	Courriel info@amis-st-camille.org
Adresse 1498 Boulevard le Bourg Neuf, Repentigny, J5Z 4Z8	Téléphone 450-581-9599

Autorisation de retrait

Je, soussigné(e), autorise les Amis de la Saint-Camille à effectuer des débits mensuels préautorisés d'un montant fixe afin de contribuer à remplir sa mission.

Chaque retrait correspondra : à un montant fixe de _____ \$ le 1er du mois.

Renonciation :

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 7 jours.

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 et consentement à la communication de renseignements

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 au qui n'est pas compatible avec le présent Accord de DPA. Pour obtenir plus d'information sur mes recours, je peux communiquer avec mon institution financière ou visiter www.cdnpay.ca.

Je consens à ce que les renseignements contenus dans cette demande d'adhésion au débit préautorisé soient communiqués à l'institution financière

Signature du ou des titulaires

_____ Signature du titulaire du compte	_____ Date (jj/mm/aaaa)
_____ Signature du second titulaire (s'il s'agit d'un compte pour lequel deux signatures sont requises)	_____ Date (jj/mm/aaaa)

Important : Pour éviter toute erreur de transcription, joindre si possible un chèque personnel portant la mention <ANNULÉ>. Si vous changez de compte ou d'institution financière, veuillez en aviser les Amis de la Saint-Camille.

Pour envoyer par la poste ou pour toutes questions relatives au suivi de votre débit mensuel préautorisé, veuillez-vous adresser au trésorier des Amis de la Saint-Camille au 256 Boulevard De La Rochelle, Repentigny, (Québec) J6A 1K9 Téléphone : 514-774-3421