

Organisme bénéficiaire – Information de contact		N° d'organisme de la caisse	
Nom de l'organisme		A/S ou courriel	
Adresse (rue, ville, province)		Code postal	Téléphone
Titulaire(s) et coordonnées du compte		N° de folio à la caisse	
Nom et prénom du (des) titulaire(s) du compte de débit (de)			N° de téléphone
Adresse (rue, ville, province)			Code postal
Nom de l'institution financière où est détenu le compte pour le débit (de)		N° d'institution	N° de transit
N° de compte (avec chiffre vérificateur)			
Nom et prénom du (des) titulaire(s) du compte de crédit (vers)			N° de téléphone
Nom de l'institution financière où est détenu le compte pour le crédit (vers)		N° d'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 (VPA) 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 : Virement bancaire relatif au paiement d'un prêt le tout constituant un VPA 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	Illimité <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, Perceptech 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 du compte à débiter

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 la caisse (Remplir les champs à la page 2 de 2 pour modifier ou supprimer la transaction)

Nom du responsable à la caisse (S.V.P. écrire lisiblement)	N° Téléphone du responsable	Poste	Date
Signature du responsable à la caisse			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 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 VPA, je peux communiquer avec mon institution financière ou consulter le site de l'Association canadienne des paiements à l'adresse 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 VPA qui n'est pas autorisé ou qui n'est pas compatible avec le présent Accord de VPA. Pour obtenir plus d'information sur mes droits de recours, je peux communiquer avec mon institution financière ou visiter 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 VPA **personnel** et dans les 10 jours ouvrables du retrait pour un VPA **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 la caisse

Organisme bénéficiaire – Information de contact	N° d'organisme de la caisse
	Nom de la caisse
Titulaire(s) et coordonnées du compte	N° de folio à la caisse
	Nom et prénom du (des) titulaire(s) du compte de débit (de)
	Nom et prénom du (des) titulaire(s) du compte de crédit (vers)

Modifier une transaction

Nom de l'institution financière où est détenu le compte de débit (de)		N° de l'institution	N° de transit	N° de compte (avec chiffre vérificateur)
Nom de l'institution financière où est détenu le compte de crédit (vers)		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

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

Identification du responsable à la caisse

Nom du responsable à la caisse (S.V.P. écrire lisiblement)	N° Téléphone du responsable	Poste	Date
Signature du responsable à la caisse			Date