Saint-Damase
Fière de son histoire

ADHÉSION AU DÉBIT PRÉAUTORISÉ
ACCORD DE DPA DU PAYEUR

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-Damase	A/S ou courriel info@st-damase.qc.ca	
Adresse (rue, ville, province) 115 rue St-Etienne, Saint-Damase, QC	Code postal J0H 1J0	Téléphone 450-797-3341

Numéro de(s) matricule(s) — Adresse de(s) de matricule(s)

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 la Municipalité de Saint-Damase à effectuer des débits préautorisés (DPA), dans mon compte à l'institution financière désignée ci-dessus pour le règlement, aux échéances figurant sur les coupons de versement :

- Du compte de taxes annuel et tous les autres types de comptes ☐

Aucun avis supplémentaire ne sera envoyé.

Changement ou annulation:

J'informerai la Municipalité de Saint-Damase, 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.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.

Je reconnais que le fait de remettre la présente autorisation à la Municipalité de Saint-Damase 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.

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 œuvre des règles applicables en matière de débits préautorisés. Les renseignements personnels sont utilisés aux fins de ce document.

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 : 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.