

Titulaire(s) du compte

MATRICULE

					-			-			
--	--	--	--	--	---	--	--	---	--	--	--

Nom et prénom du ou des titulaires		N° de téléphone	
Adresse		Courriel	
Ville	Province	Code postal	

Institution financière

Organisme bénéficiaire

Nom de l'institution financière et adresse			Municipalité de L'Isle-Verte 141, rue Saint-Jean-Baptiste L'Isle-Verte (Québec) G0L 1K0 Téléphone : 418 898-2812 Télécopieur : 418 898-2788 Courriel : reception@lisle-verte.ca
N° de l'institution	N° de transit	N° avec chiffre vérificateur	

Autorisation de retrait

Taxation annuelle

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) dans mon compte à l'institution financière désignée ci-dessus, à la fréquence suivante : chaque retrait correspondra au montant total dû en fonction des échéances du compte de taxes annuelles, le tout constituant un débit préautorisé (DPA) : personnel/particulier d'entreprise

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, en remplissant le *Formulaire d'annulation d'adhésion au DPA* disponible au bureau municipal (adresse ci-haut) au moins **10 jours ouvrables avant l'échéance**. 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 de DPA. 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. Pour obtenir plus d'information sur mes droits de recours, je peux communiquer avec mon institution financière ou visiter <https://www.paiements.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.

Signature du ou des titulaires

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

IMPORTANT :

**Veillez joindre un spécimen de chèque afin d'éviter toute erreur de transcription.
Si vous changez de compte ou d'institution financière, veuillez en aviser l'organisme bénéficiaire.**

RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION

DATE :

INITIALES :