

## ADHÉSION AU DÉBIT PRÉAUTORISÉ

Je (nous) reconnais (reconnaissons) que la présente autorisation est donnée au profit du bénéficiaire (identifié ci-après) et de mon institution financière en contrepartie de l'accord donné par mon institution financière de traiter des débits sur mon compte conformément aux Règles de l'Association canadienne des paiements.

### Bénéficiaire

Ville de Shawinigan – Service des finances 550, avenue Hôtel-de-Ville, C.P. 400 Shawinigan (Québec) G9N 6V3 Tél. 819 536-7200 Téléc. : 819 536-0808
--

### Identification du payeur

No(s) matricule(s)	
Nom et prénom du (des) titulaire(s)	
Adresse	
Ville	Code Postal
Téléphone	
Résidence :	Bureau :
Nom de l'institution financière	
Transit	Folio
Type de service : <input type="checkbox"/> Personnel <input type="checkbox"/> Entreprise	
<input type="checkbox"/> Fréquence : <input type="checkbox"/> Dates d'échéances    Mode de versements égaux <input type="checkbox"/> 10 chaque mois <input type="checkbox"/> 20 chaque mois	

### Autorisation de retrait

Je (nous) garantis (garantissons) que toutes les personnes dont les signatures sont requises pour ce compte ont signé l'accord ci-après.

J' (nous) autorise (autorisons) par la présente, le bénéficiaire ci-haut à tirer des effets sur mon (notre) compte bancaire auprès de mon (notre) institution financière selon l'(les) échéance(s) indiqué(s) sur le(s) compte(s) de taxes annuelles et complémentaires ou selon l'entente ci-jointe. Le(s) montant(s) total(aux) prélevé(s) est (sont) fonction des échéances des comptes de taxes ou selon l'entente.

Je (nous) reconnais (reconnaissons) que le fait de remettre la présente autorisation au bénéficiaire équivaut à la remettre à mon (notre) institution financière.

Je (nous) recevrai (recevrons), relativement aux prélèvements de montants fixes, un avis écrit du bénéficiaire quant au montant à débiter et aux dates d'échéance des prélèvements, au moins dix (10) jours civils avant la date d'échéance du premier prélèvement, et cet avis doit être donné chaque fois qu'il y a un changement du montant ou des dates de paiement.

Je conviens que le montant pourra varier sans autorisation de ma part sur envoi des comptes de taxes de la ville de Shawinigan.

Le compte sur lequel le bénéficiaire est autorisé à tirer des prélèvements est indiqué ci-dessus. Un chèque spécimen, le cas échéant, pour ce compte a été marqué « SPECIMEN » et est joint à la présente autorisation. Je (nous) m'engage à informer le bénéficiaire, par écrit, de tout changement aux renseignements sur le compte qui lui est communiqué dans la présente autorisation avant la prochaine date d'échéance de prélèvement.

Je (nous) reconnais (reconnaissons) qu'il y aura des frais de 20.00\$ pour toutes transactions de prélèvement revenu de l'institution financière du bénéficiaire avec la mention « insuffisance de fonds ou compte fermé ».

Je (nous) reconnais (reconnaissons) que mon (notre) institution financière n'est pas tenue de vérifier que le prélèvement a été émis conformément aux détails de l'autorisation de payeur, notamment, mais de façon non exhaustive, en ce qui a trait au montant.

Je (nous) reconnais (reconnaissons) que mon (notre) institution financière n'est pas tenue de vérifier que l'objet du paiement pour lequel le prélèvement a été émis a été atteint par le bénéficiaire comme condition de l'acceptation du prélèvement que le bénéficiaire a émis ou fait émettre sur notre compte.

## **Remboursement**

J'ai (Nous avons) certains droits de recours si un débit n'est pas conforme au présent accord. Par exemple, j'ai (nous avons) le droit de recevoir le remboursement de tout débit préautorisé ou qui n'est pas compatible avec le présent accord de débit préautorisé. Pour obtenir plus d'information sur mes (nos) droits de recours, je peux (nous pouvons) communiquer avec mon (notre) institution financière ou visiter [www.cdnpay.ca](http://www.cdnpay.ca).

Les effets débités par erreur me seront remboursés par mon institution financière dans les 90 jours pour l'une ou l'autre des raisons suivantes :

- i) Je n'ai jamais donné l'autorisation écrite au bénéficiaire;
- ii) Le retrait n'a pas été effectué conformément à mon autorisation;
- iii) Mon autorisation a été révoquée;
- iv) Le retrait n'a pas été fait au bon compte en raison d'une erreur du bénéficiaire.

## **Annulation de l'accord**

Cette autorisation demeure en vigueur jusqu'à ce que la Ville de Shawinigan ait reçu de ma (notre) part un préavis écrit de sa modification ou de sa résiliation. Ce préavis doit arriver au moins 10 jours ouvrables avant la date prévue du prochain débit à l'adresse du bénéficiaire ci-haut mentionné. Je peux (Nous pouvons) obtenir plus d'information sur mon (notre) droit d'annuler un débit préautorisé en m'adressant (nous adressant) à mon (notre) institution financière ou en visitant [www.cdnpay.ca](http://www.cdnpay.ca).

---

**Signature du titulaire du compte bancaire**

**Date**

---

**Signature du second titulaire  
(si deux signatures sont requises)**

**Date**