

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	No de compte (avec chiffre vérif)

Organisme bénéficiaire – Information de contact

COUR MUNICIPALE COMMUNE DE LA VILLE DE JOLIETTE	A/S Percepteur des amendes (télécopieur 450-753-8121)		
19, rue Saint-Charles-Borromée Sud, Joliette (Québec)	J6E 4S8	Téléphone: 450-753-8123	

Autorisation de retrait

Je soussigné(e) _____ autorise l'organisme bénéficiaire, Cour municipale commune de la Ville de Joliette, à effectuer des débits préautorisés (DPA) dans mon compte à l'institution financière désignée ci-dessus, à la fréquence suivante :

mensuelle

Débutant le _____ et prélevé à tous les _____ ; jusqu'au paiement total tel qu'en fait foi l'entente de paiements jointe en annexe, signée par le titulaire du compte avec le **percepteur** des amendes de la Cour.

Chaque retrait correspondra :

à un montant fixe de _____, 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 :

pour le service suivant : entente de paiements conclue avec le percepteur des amendes pour acquitter des montants dus sur des constats d'infraction

le tout constituant un DPA personnel/particulier

Dernier paiement : _____ : _____
(Date) (Montant)

Renonciation :

- Je renonce à recevoir l'avis écrit de 10 jours mentionné ci-dessus.**
- J'accuse réception d'une copie de cet Accord de DPA 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 30 jours civils. 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 soit 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, Cour municipale commune de la Ville de Joliette, 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.

Signature du ou des titulaires

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

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.