ADHÉSION AU DÉBIT PRÉAUTORISÉ (DPA)
AVEC RECONDUCTION AUTOMATIQUE À CHAQUE ANNÉE

Merci de remplir un formulaire par propriété.

S.V.P. veuillez faire un choix

- ☐ Adhésion
- ☐ Modification d'adhésion
- ☐ Annulation

MATRICULE ☐☐☐☐-☐☐-☐☐☐☐-☐-☐☐☐-☐☐☐☐

ADRESSE DE LA PROPRIÉTÉ : _____

TITULAIRE DU COMPTE BANCAIRE

Nom(s), prénom(s) du (des) titulaire(s)

_____

Adresse complète de la résidence (numéro, rue, appartement, ville, code postal)

_____

Téléphone domicile _____ Cellulaire _____ Courriel _____

INSTITUTION FINANCIÈRE

Nom de l'institution financière : _____

⑆ 1 2 3 4 5 ⑈ 1 2 3 ⑆ 1 2 3 ⑈ 1 2 3 ⑈ 0 ⑈

N° de succursale	N° de l'institution financière	N° de compte

No de succursale	No de l'institution	No de compte
☐☐☐☐☐	☐☐☐	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Débit préautorisé (DPA) : ☐ Personnel ☐ Entreprise

ORGANISME BÉNÉFICIAIRE

Ville d'Amos
182, 1re Rue Est
Amos, (Québec) J9T 2G1
Téléphone : 819 732-3254
Courriel : taxation@amos.quebec

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 oeuvre des règles applicables en matière de débits préautorisés.

AUTORISATION DE RETRAIT

☐ J'accepte les modalités de cet accord et j'autorise la Ville d'Amos à effectuer les retraits périodiques de mon compte bancaire selon les modalités suivantes :

DÉBITS PRÉAUTORISÉS SELON LES ÉCHÉANCES

Six prélèvements aux dates et montants inscrits sur le compte annuel de taxes municipales.

Pour les types de factures autres que la facture annuelle, les montants des prélèvements seront indiqués sur ces factures.

Lors de l'adhésion, le montant du prélèvement tiendra compte des arrérages existants, s'il y a lieu.

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 15 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 Paiements Canada à l'adresse www.paiements.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 l'organisme bénéficiaire équivaut à la remettre à l'institution financière indiquée ci-dessus.

DÉCLARATION DE RECOURS / CONDITIONS DE 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.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.

TRANSMISSION (par la poste, à l'hôtel de ville ou par courriel)

Assurez-vous de nous transmettre :

* le présent document signé
* un spécimen de chèque avec la mention « Annulé »
* un coupon de versement du compte de taxes

SIGNATURE DU OU DES TITULAIRES

_____ Signature du titulaire du compte bancaire — _____ Date (AAAA-MM-JJ)

_____ Signature du co-titulaire du compte bancaire (lorsque deux signatures sont requises) — _____ Date (AAAA-MM-JJ)

Réservé à l'administration

Date de réception de la demande :		Traité par :	