

TITULAIRE (S) DU COMPTE			
MATRICULE	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
Nom et prénom du titulaire ou des titulaires		Téléphone (rés.)	Téléphone (travail)
Adresse :		Courriel	
Adresse de la propriété (si différente) :			
INSTITUTION FINANCIÈRE		ORGANISME BÉNÉFICIAIRE	
Nom de l'institution financière _____		VILLE DE LASARRE	
No de transit <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	No d'institution <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	201, rue Principale La Sarre (QC) J9Z 1Y3	
No de compte <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		Téléphone : 819 333-2282	
Débit préautorisé (DPA) : Personnel/particulier <input type="checkbox"/> Entreprise <input type="checkbox"/>		Courriel : info@ville.lasarre.qc.ca	
Adresse :			
AUTORISATION DE RETRAIT – VEUILLEZ COCHER L'OPTION DE VOTRE CHOIX			
OPTION A <input type="checkbox"/>		OPTION B <input type="checkbox"/>	
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; background-color: #f0f0f0; text-align: center;"> PAIEMENT PRÉAUTORISÉ SELON LES ÉCHÉANCES INDIQUÉES SUR LES COMPTES DE TAXES ANNUELLES, SUPPLÉMENTAIRES ET DROITS DE MUTATION </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> Cette autorisation est valable pour les types de comptes énumérés ci-dessus, tant et aussi longtemps qu'une demande écrite de changement ou d'annulation de PPA n'est pas faite. </div>		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; background-color: #f0f0f0; text-align: center;"> DOUZE (12) VERSEMENTS ÉGAUX MENSUELS AVEC INTÉRÊTS DE 15% ANNUEL 1^{er} prélèvement : _____ / _____ / _____ (aaaa/mm/jj) </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> Fréquence des prélèvements : À chaque semaine <input type="checkbox"/> Aux 15 jours <input type="checkbox"/> À tous les mois <input type="checkbox"/> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px; background-color: #f0f0f0;"> Cette autorisation est valable pour les comptes de taxes annuelles seulement, tant et aussi longtemps qu'une demande écrite de changement ou d'annulation n'est pas faite. Montants prélevés = montant total dû en fonction des comptes de taxes annuelles et INTÉRÊTS applicables. </div>	
VOUS DEVEZ JOINDRE UN SPÉCIMEN DE CHÈQUE PERSONNALISÉ PORTANT LA MENTION « ANNULÉ » afin d'éviter toute erreur d'inscription			
IMPORTANT : Prévoir un délai de 15 jours avant la date d'échéance pour le 1^{er} prélèvement.			
CHANGEMENT OU ANNULATION			
<p>J'informerai l'organisme bénéficiaire, au moins 1 semaine à l'avance, de tout changement aux présentes. Je peux révoquer mon autorisation à tout moment, sur signification d'un préavis de 15 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 (vous pouvez aussi consulter le site de la Ville au www.ville.lasarre.qc.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.</p> <p>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 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.</p>			
CONDITION DE REMBOURSEMENTS			
<p>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.</p>			
CONSENTEMENT À LA COMMUNICATION DE RENSEIGNEMENTS			
<p>Je consens à ce que les renseignements contenus dans ma demande d'adhésion au paiement préautorisé soient communiqués à l'institution financière, dans la mesure où cette communication de renseignements est directement liée et nécessaire à la bonne mise en œuvre des règles applicables en matière de débits préautorisés.</p>			
SIGNATURE DU OU DES TITULAIRES			
_____ <i>Signature du titulaire du compte</i>		_____ <i>Date</i>	
_____ <i>Signature du second titulaire</i> <small>(s'il s'agit d'un compte pour lequel deux signatures sont requises)</small>		_____ <i>Date</i>	