



## ADHÉSION AU RETRAIT DIRECT

- Membre particulier  
 Membre entreprise

### Titulaire(s) du compte

Nom et prénom du (des) titulaire(s)		N° de téléphone
Adresse (rue, ville, province)		
		Code postal

### Institution financière

Nom de l'institution financière		
	N° de l'institution	N° de transit
Adresse (rue, ville, province)		
	Code postal	

### Organisme bénéficiaire

Nom de l'organisme	
	N° de téléphone
Adresse (rue, ville, province)	
	Code postal

### Autorisation de retrait

Je soussigné(e) (s'il s'agit d'une personne morale, ici représentée par son ou ses représentants dûment autorisé[s]), autorise l'organisme bénéficiaire à effectuer des retraits dans mon compte n° \_\_\_\_\_, détenu à l'institution financière, à chaque 5e jour du mois, au montant total de la somme dûe et ce au montant variable si c'est le cas. L'organisme bénéficiaire n'enverra aucun avis avant de procéder aux retraits.

Le retrait se fera pour le service suivant : \_\_\_\_\_

Par ailleurs, je conserve le droit de révoquer en tout temps mon autorisation en avisant par écrit l'organisme bénéficiaire. 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.

J'informerai l'organisme bénéficiaire, par écrit et dans un délai raisonnable, de tout changement aux présentes.

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 plus haut 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 plus haut.

### Remboursement

L'institution financière me remboursera, au nom de l'organisme, les montants retirés par erreur dans les 90 jours du retrait pour un titulaire **particulier** et dans les 10 jours du retrait pour un titulaire **entreprise**, dans la mesure où le remboursement est demandé pour l'une ou l'autre des raisons suivantes:

- le retrait n'a pas été effectué conformément à mon autorisation;
- mon autorisation a été révoquée;

Je comprends que je devrai faire une déclaration écrite à cet effet à mon institution financière sur le formulaire 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 retrait direct 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.

### Signature du ou des titulaires

_____	_____
Signature du titulaire du compte	Date
_____	_____
Signature du second titulaire	Date
(s'il s'agit d'un compte conjoint 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 payeur.**