

## Demande d'adhésion au **paiement préautorisé** avec reconduction automatique à chaque année

 Adhésion

 Modification d'adhésion

Veuillez remplir la convention de débit préautorisé (DPA) ci-dessous

J'autorise la Ville de Mont-Laurier et l'institution financière désignée à effectuer des débits préautorisés (DPA) pour le règlement de mon compte de taxes municipales. Les paiements seront portés au débit de mon compte **aux dates d'échéances inscrites sur mon compte de taxes**. Le montant de chaque paiement me sera confirmé par la réception du compte de taxes annuel ou supplémentaire.

**Vous devez obligatoirement nous transmettre un spécimen de chèque portant la mention « annulé » accompagné de la présente convention. Tous les champs doivent être remplis afin d'en assurer la validité.**

Titulaire du compte bancaire			
Nom et prénom	Ind. rég. Téléphone (domicile)	Ind. rég. Téléphone (autre)	N° de poste
Adresse de correspondance complète (numéro, rue, appartement, ville)			Code postal

Institution bancaire		
Nom de l'institution		
No de succursale	No de l'institution	No de compte

Propriété (voir compte de taxes)		
Matricule (18 chiffres)	No de client (7 chiffres)	DPA <input type="checkbox"/> compte personnel / particulier <input type="checkbox"/> compte Entreprise

Cette autorisation demeure en vigueur jusqu'à ce que la Ville de Mont-Laurier ait reçu de votre part un préavis de modification ou d'annulation. Ce préavis doit être reçu au moins 10 jours avant la date prévue du prochain prélèvement à l'adresse indiquée ci-dessous. Vous pouvez obtenir de l'information sur votre droit d'annulation auprès de votre institution financière ou en visitant [www.cdnpay.ca](http://www.cdnpay.ca). Un formulaire d'annulation sera disponible sur notre site Internet prochainement.

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 équivaut à la remettre à l'institution financière indiquée ci-dessus.

J'ai certains droits 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 les droits de recours, je peux communiquer avec mon institution financière ou visiter [www.cdnpay.ca](http://www.cdnpay.ca).

Autorisation (s)								
Par :  _____ Signature du titulaire du compte bancaire	Par :  _____ Signature du cotitulaire du compte (lorsque deux signatures sont requises)	Date : <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 33%; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 33%; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 33%; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; font-size: small;">Année</td> <td style="text-align: center; font-size: small;">Mois</td> <td style="text-align: center; font-size: small;">Jour</td> </tr> </table>				Année	Mois	Jour
Année	Mois	Jour						

Veuillez transmettre votre formulaire complété par la poste, par télécopieur ou par courriel