

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 (3)	N° de transit (5)	N° de compte (avec chiffre vérificateur)

Organisme bénéficiaire – Information de contact

Le Groupe Experts-Conseils P.M. Inc	comptes@divisionsr.com	
2520 boul. des Entreprises suite 108, Terrebonne	J6X 4J8	450-662-9901

Autorisation de retrait

Je, soussigné(e) autorise l'organisme bénéficiaire (Les Camps de Gymnastique GymRep-Cheer-Rep) à effectuer des débits préautorisés (DPA) dans mon compte à l'institution financière désignée ci-dessus, à la fréquence suivante :

200\$, 7 jours suivant la date de signature du présent formulaire

Au 1^{er} mai 2017, _____ \$

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 avant la date du prochain prélèvement. 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 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.

Remboursement

Pour obtenir plus d'information sur vos droits de recours DPA, veuillez communiquer avec votre institution financière ou visiter www.cdnpay.ca.

Pour la politique d'annulation et remboursement de votre inscription à notre camp spécialisé, veuillez vous référer au formulaire d'inscription.

Pour usage interne (ne rien écrire)

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 titulaire

_____ Signature du titulaire du compte	_____ Date (jj/mm/aaaa)
---	----------------------------

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.