ADHÉSION AU PAIEMENT PRÉAUTORISÉ AVEC RECONDUCTION AUTOMATIQUE À CHAQUE ANNÉE

À retourner au plus tard 7 jours ouvrables avant l'échéance du premier versement.
Ce formulaire doit être retourné par la poste, en personne à l'hôtel de ville de Saint-Augustin-de-Desmaures, 200 route de Fossambault, Saint-Augustin-de-Desmaures, Québec, G3A 2E3 ou par courriel à tresorerie@vsad.ca. **Les citoyens qui ont plus d'une propriété, doivent compléter un formulaire par matricule.**

Numéro de matricule :

				-			-					-		-				-				

Titulaire(s) du compte

Nom et prénom du (des) titulaire(s) :			No de téléphone :
Adresse de la propriété :			
Adresse courriel :			
Nom de l'institution financière du compte :	No de l'institution :	No de transit :	No de compte :

Bien vouloir remplir ce formulaire et nous le retourner **accompagné d'un chèque** portant la mention « **ANNULÉ** ». Si vous changez de compte ou d'institution financière, veuillez-nous en aviser le plus rapidement possible. Tous les champs doivent être complétés.

Autorisation de retrait

J'autorise la Ville de Saint-Augustin-de-Desmaures et l'institution financière désignée (ou toute autre institution financière que je pourrais autoriser à tout moment) à effectuer des débits préautorisés (DPA) pour le règlement de mon compte de taxes municipales, des comptes d'ajustement, des droits de mutation et des facturations diverses. La fréquence des retraits correspondra au montant total dû en fonction des échéances du règlement municipal.

Changement / annulation

La présente autorisation demeure en vigueur jusqu'à ce que la Ville de Saint-Augustin-de-Desmaures ait reçu de ma part un préavis de sa modification ou de sa résiliation. Ce préavis doit arriver au moins **10 jours ouvrables** avant la date prévue du prochain débit à l'adresse indiquée ci-après. Je peux obtenir un spécimen de formulaire d'annulation sur le site Internet de la Ville de Saint-Augustin-de-Desmaures (www.vsad.ca) ou plus d'information sur mon droit d'annuler un DPA du payeur en m'adressant à mon institution financière ou en visitant 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. 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 reliée et nécessaire à la bonne mise en œuvre des règles applicables en matière de débits préautorisés.

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 un formulaire de demande de remboursement, ou pour plus d'information sur mes droits de recours, je peux communiquer avec mon institution financière ou visiter le www.cdnpay.ca.

_____
Signature du titulaire du compte bancaire

_____
Signature du second titulaire
(s'il s'agit d'un compte conjoint pour lequel deux signatures sont requises)

_____
Date