

## AUTORISATION DE DÉBIT / PAIEMENTS PRÉAUTORISÉS

Veuillez remplir toutes les sections ci-dessous afin d'autoriser le bénéficiaire à retirer des paiements directement de votre compte auprès de votre institution financière. Retournez le formulaire rempli au bénéficiaire et fournissez un spécimen de chèque.

### RENSEIGNEMENT SUR LE BÉNÉFICIAIRE

<b>LA CORPORATION DE LA VILLE DE HEARST</b>		<b>Folio # 21926</b>
925, rue Alexandra Sac postal 5000 Hearst Ontario P0L 1N0		
<b>Nom et numéro de la personne ressource à</b>		
Kyras Richard krichard@hearst.ca		705-372-2802

### RENSEIGNEMENT SUR LE PAYEUR / COMPTE À DÉBITER

Prénom	Nom
Nom de l'entreprise	
Adresse civique	
Ville	
# Roll	
Courriel	

Je (nous), titulaire(s) du compte, autorise (autorisons) le bénéficiaire sus indiqués à débiter mon (notre) compte, en vertu des conditions convenues par moi (nous) avec le bénéficiaire, jusqu'à ce qu'un avis écrit du contraire soit donné par moi (nous) au bénéficiaire.

La succursale de l'institution financière à laquelle je (nous) maintiens (maintenons) le compte n'est pas tenue de vérifier que les paiements sont tirés conformément à cette autorisation.

Un débit électronique au montant des paiements indiqués **sur mon plan de retraits préautorisés (8 mois)** peut être retiré de mon (notre) compte le premier jour de chaque mois à compter du

\_\_\_\_\_.

Les effets débités par erreur seront remboursés sous réserve d'un avis donné par moi (nous) au bénéficiaire dans les 90 jours, dans l'une ou l'autre des conditions suivantes :

- A. Je (Nous) n'ai (n'avons) jamais donné l'autorisation au bénéficiaire;
- B. Le débit préautorisé n'a pas été tiré conformément à cette autorisation;
- C. Mon (Notre) autorisation a été révoquée;
- D. Le débit a été porté au mauvais compte en raison d'une erreur du bénéficiaire quant aux renseignements sur le compte.

\_\_\_\_\_  
Signature du titulaire du compte

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Signature du titulaire du compte

\_\_\_\_\_  
Date