



715, rue Priestman
Fredericton (N.-B.) E3B 5W7

(506) 458-9915 info@apmf.ca
(506) 457-9120 www.apmf.ca

Adhésion au débit préautorisé

Titulaire du compte

Nom _____ Prénom _____ Numéro de téléphone _____

Adresse _____

Institution financière (Veuillez joindre un spécimen de chèque)

Nom de l'institution : _____ Numéro de l'institution : _____

Numéro de transit : _____ Numéro de compte : _____

Autorisation de retrait

Je, soussigné(e), autorise l'organisme bénéficiaire, **Au p'tit monde de franco inc.**, à effectuer des débits préautorisés dans mon compte à l'institution financière désignée ci-dessus, à la fréquence suivante :

mensuelle Inscrire vote date de départ : _____

bimensuelle
(le montant mensuel est divisé par 2 et les retraits se font le 15 et le 30 de chaque mois).

aux 2 semaines
(le montant mensuel est divisé par 2, en cas de 3 fréquences durant le mois, le retrait se fait durant les 2 premières seulement)

Inscrire vote date de départ : _____

cocher cette case si vous optez pour que toutes autres facturations soient également retirées de ce compte (exemple : l'avant-classe, frais pour congé de Noël et la semaine de relâche au mois de mars) Inscrire une date seulement si vous voulez qu'elle diffère de votre autre retrait _____

camp de vacances : hebdomadaire : chaque lundi

Changement ou annulation :

J'informerai l'organisme bénéficiaire, dans un délai raisonnable (30 jours civils), de tout changement ou révocation 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 ci-dessus ont signé la présente autorisation. Je reconnais que le fait de remettre la présente autorisation à l'organisme bénéficiaire équivaut la remettre à l'institution indiquée ci-dessus.

Remboursement

L'institution financière me remboursera, au nom de l'organisme, les montants retirés par erreur dans les 10 jours ouvrables du retrait. Je comprends que je devrai faire une demande à cet effet à mon institution financière selon la procédure 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 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 ou des titulaires

Signature du titulaire du compte

Date

Signature du second titulaire s'il s'agit d'un compte conjoint

Date