

<input type="checkbox"/>	MEMBRE PARTICULIER
<input type="checkbox"/>	MEMBRE ENTREPRISE

## ADHÉSION AU RETRAIT DIRECT

### Titulaire(s) du (des) compte(s)

Nom et prénom du (des) titulaire(s)	Numéro de téléphone
Adresse (numéro, rue, ville, province)	Code postal

### Institution financière

### Organisme bénéficiaire

Nom de l'institution financière		Nom de l'organisme <b>Municipalité de Baie-Sainte-Catherine</b>	
Numéro de l'institution	Numéro de transit	Nom de la personne ressource <b>Madame Mariève Bouchard</b>	Téléphone <b>(418) 620-5020</b>
Adresse (numéro, rue, ville, province)	Code postal	Adresse (numéro, rue, ville, province) <b>308, rue Leclerc, Baie-Ste-Catherine (QC)</b>	Code postal <b>G0T 1A0</b>

### Autorisation de retrait

Je soussigné(e) (s'il s'agit d'une personne morale, ici représentée par son ou ses représentants dûment autorisé(s)), autorise l'organisme bénéficiaire à effectuer des retraits dans mon compte no. \_\_\_\_\_ détenu à l'institution financière, à la fréquence suivante :

**31 MARS / 15 MAI / 15 JUILLET / 15 AOÛT / 15 OCTOBRE / 15 DÉCEMBRE**

Chaque retrait correspondra à un montant variable, lequel me sera communiqué par l'organisme bénéficiaire, par écrit, au moins trente (30) jours avant la date d'échéance.

Par ailleurs, je conserve le droit de révoquer en tout temps mon autorisation en avisant par écrit l'organisme bénéficiaire. 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. J'informerai l'organisme bénéficiaire, par écrit et dans un délai raisonnable, de tout changement 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 plus haut ont bel et bien 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 plus haut.

### Remboursement

L'institution financière me remboursera, au nom de l'organisme, les montants retirés par erreur dans les quatre-vingt-dix (90) jours du retrait pour un titulaire particulier et dans les dix (10) jours du retrait pour un titulaire d'entreprise, dans la mesure où le remboursement est demandé pour l'une ou l'autre des raisons suivantes :

- a) le retrait n'a pas été effectué conformément à mon autorisation;
- b) mon autorisation a été révoquée; et
- c) je n'ai pas reçu l'avis préalable de dix (10) jours avant la date de retrait.

Je comprends que je devrai faire une déclaration écrite à cet effet à mon institution financière sur le formulaire qu'elle me fournira.

Enfin, je reconnais qu'une demande de remboursement produite après les délais indiqués précédemment devra être réglée entre l'organisme bénéficiaire et moi, et ce, sans aucune 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 retrait direct soit 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 titulaire(s)

Signature du titulaire du compte	Date
Signature du titulaire du compte	Date
Le deuxième espace de signature est pour le cas de figure où le compte en serait un de type conjoint pour lequel deux (2) signatures sont requises.	

**IMPORTANT :** Ne pas oublier de joindre un spécimen de chèque afin d'éviter toute erreur de transcription. Si vous changez de compte ou d'institution financière, veuillez svp en aviser le plus tôt possible l'organisme bénéficiaire.