



ADHÉSION AU DÉBIT PRÉAUTORISÉ (DPA) GARDERIE

Numéro de compte de garderie: _____

Titulaire(s) et coordonnées du compte

Nom et prénom du (des) titulaire(s)		No de téléphone	
Adresse (rue, ville, province)		Code postal	
Adresse courriel:			
Nom de l'institution financière où est détenu le compte	No de l'institution	No de transit	No de compte

Autorisation de retrait Personnel

Je, soussigné(e) autorise la Cité de Clarence-Rockland à effectuer des débits préautorisés (DPA) dans mon compte à l'institution financière désignée ci-dessus, à la fréquence suivante :

mensuelle (30 de chaque mois)

Chaque retrait correspondra :

au solde dû

La municipalité se réserve le droit d'annuler cette autorisation.
POUR ÊTRE ÉLIGIBLE À CE PLAN, VOTRE COMPTE DE GARDERIE DOIT ÊTRE PAYÉES AU COMPLET
Après deux retraits provision insuffisante (NSF) nous annulons vos paiements électroniques

Résiliation ou modification :

Cette autorisation demeure en vigueur jusqu'à ce que la Cité Clarence-Rockland ait reçu de ma / notre part un préavis de sa résiliation / modification.
Ce préavis doit arriver au moins quinze (15) jours ouvrables avant la date prévue du prochain débit à l'adresse indiquée ci-après.
Je peux obtenir un spécimen de formulaire d'annulation, ou plus d'information sur mon / notre droit d'annuler un DPA du payeur en nous / m'adressant à ma / notre institution financière ou en visitant www.cdnpay.ca

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 n'est pas compatible avec le présent Accord de DPA. Pour obtenir plus d'information sur vos droits de recours, communiquez avec votre institution financière ou visitez www.cdnpay.ca

Consentement

En tant que titulaire du compte bancaire, je confirme que les renseignements fournis dans la présente autorisation sont exacts et complets. Je confirme que toutes les personnes dont la signature est requise pour le compte bancaire indiqué ci-dessus ont signé la présente autorisation. En signant ci-dessous, je reconnais avoir pris connaissance de la Convention de paiements préautorisés pour particuliers et je m'engage à la respecter. Je comprends qu'un délai peut s'appliquer avant le premier débit.

Signature du ou des titulaires

_____	_____
Signature du titulaire du compte	Date (jj-mm-aaaa)
_____	_____
Signature du titulaire du compte (s'il s'agit d'un compte pour lequel deux signatures sont requises)	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 nous aviser



PRE-AUTHORIZED DEBIT AGREEMENT (PAD) DAYCARE

Daycare account number: _____

Account holder (s) and account details

Name and first name of the holder (s)		Telephone No	
Address (street, town, province)		Postal code	
Email address			
Name of the financial institution where the account is held	Institution No	Transit No	Account No

Withdrawal authorization Personal

I, the undersigned, authorize the City of Clarence-Rockland to make pre-authorized debits (PADs) in my account at the financial institution named above, at the following frequency:

monthly (30th of every month)

Each withdrawal will correspond :

to the outstanding amount

The municipality may cancel this authorization.
IN ORDER TO ADHERE TO THE MONTHLY PLAN, YOUR DAYCARE ACCOUNT MUST BE PAID IN FULL
After two insufficient funds (NSF), withdrawals we will cancel your pre authorized payment plan.

Annulation or modification :

This authority is to remain in effect until the City of Clarence-Rockland has received written notification from me / us of its change or termination.
This notification must be received at least fifteen (15) business days before the next debit is scheduled at the address provided below.
I/We may obtain a sample cancellation form, or more information on my/our right to cancel a PAD Agreement at my/our financial institution or by visiting www.cdnpay.ca

Refund

I have certain recourse rights if any debit does not comply with this agreement. For example, you have the right to receive reimbursement for any debit that is not authorized or is not consistent with this PAD Agreement. To obtain more information on your recourse rights, you may contact your financial institution or visit www.cdnpay.ca

Consent

As the holder of the bank account, I confirm that the information provided in this form is accurate and complete. I confirm that all persons whose signature is required for the bank account indicated above have signed this authorization. By signing below, I acknowledge having read the Pre-Authorized Debit agreement – Retail and I agree to be bound by it. I understand that a waiting period may apply before the first debit.

Signature of the holder (s)

_____	_____
Signature of the holder	Date (dd-mm-yyyy)
_____	_____
Signature of the holder (if it is an account for which two (2) signatures are required)	Date (dd-mm-yyyy)

IMPORTANT : Attach a personal check marked "CANCELLED" to avoid any transcription errors. If you change your account or financial institution, please advise us