

Facturation.net - Débits préautorisés (DPA)

S.V.P. Vérifiez et compléter les informations suivantes.

Titulaire du compte

Nom et prénom du (des) titulaire (s)

Adresse (rue, ville, province, code postal)

Téléphone (s)

Institution financière

Nom de l'institution financière

Adresse (rue, ville, province, code postal)

No. de l'Institution

No. de transit

Autorisation de retrait

Organisme bénéficiaire : Gestion Financière MD

Je soussigné (s'il s'agit d'une personne morale, ici représentée par son ou ses représentants dûment autorisé (s)), autorise Gestion Financière MD à effectuer des retraits dans mon compte no _____, détenu à l'institution financière, à la fréquence suivante: **Annuelle**

Chaque retrait correspondra à un montant variable, lequel me sera communiqué par Gestion Financière MD par écrit au moins 10 jours avant l'échéance, et sera paiement pour le service de facturation et cette autorisation constitue un DPA: Personnel ou D'entreprise

Par ailleurs, je conserve le droit de révoquer en tout temps mon autorisation en avisant par écrit Gestion Financière MD sur signification d'un préavis de 10 jours. Pour obtenir un spécimen de formulaire d'annulation, ou pour plus d'information sur mon droit d'annuler un Accord de DPA, je peux communiquer avec mon institution financière ou visiter le site internet de l'Association canadienne des paiements au 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.

J'informerai Gestion Financière MD 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 signé la présente.

Je reconnais que le fait de remettre la présente autorisation à Gestion Financière MD équivaut à la remettre à l'institution financière indiquée plus haut.

Remboursement

L'institution financière me remboursera, au nom de Gestion Financière MD, les montants retirés par erreur dans les 90 jour du retrait pour DPA personnel et dans les 10 jours du retrait pour un DPA 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.
- C) je n'ai pas reçu l'avis préalable de 10 jours avant la date du retrait.

J'ai certains droit de recours si un débit n'est pas conforme au présent accord. Je comprends que je devrais faire une réclamation écrite à cet effet à mon institution financière sur le formulaire qu'elle me fournira. Pour obtenir plus d'information sur mes droits de recours, je peux communiquer avec mon institution financière ou visiter le site internet de l'Association canadienne des paiements au www.cdnpay.ca.

Enfin, je reconnais qu'une demande de remboursement produite après les délais indiqués précédemment devra être réglée entre Gestion Financière MD 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 retrait direct soit communiqués à l'institution financière, dans la mesure où cette communication de renseignement est directement reliée et nécessaire à la bonne mise en oeuvre des règles applicables en matière de débits pré-autorisé.

Signature du (des) titulaire (s)

Signature du titulaire

Date

Signature du second titulaire

Date

(S'il s'agit d'un compte conjoint pour lequel 2 signature sont requises)

IMPORTANT: Joindre un chèque personnel portant la mention «ANULÉ» pour éviter toute erreur de transaction. Si vous changez de compte ou d'institution financière, veuillez aviser Gestion Financière MD.