



**FORMULAIRE D'ADHÉSION AU DÉBIT PRÉAUTORISÉ  
ACCORD DE DPA DU PAYEUR 2019-2020**

TITULAIRE (S) DU COMPTE	
Nom et prénom du (des) titulaire(s)	N° de fiche avec le CLA (sous le code barre de votre facture) <b>8</b>
Adresse (n° civique, rue)	Nom de l'élève
Ville, province, code postal	N° téléphone ( )

INSTITUTION FINANCIÈRE			ORGANISME BÉNÉFICIAIRE	
Nom de l'institution financière			Nom de l'organisme Collège de l'Assomption	
N° de l'institution	N° de transit	N° de compte	Téléphone (450) 589-5621	Télécopieur (450) 589-2910
Adresse (n° civique, rue)			Adresse 270, boul. de l'Ange-Gardien	
Ville, province		Code postal	Ville, province L'Assomption (Québec)	Code postal J5W 1R7

**AUTORISATION DE RETRAIT**

Je, soussigné (e), autorise le Collège de l'Assomption et son institution financière à effectuer des débits préautorisés (DPA) dans mon compte à l'institution financière désignée ci-dessus aux dates suivantes :

**VEUILLEZ INSCRIRE LES MONTANTS DES VERSEMENTS À CÔTÉ DES DATES SUIVANTES :**

<b>01-09-2019 :</b>	<b>\$</b>	<b>01-10-2019 :</b>	<b>\$</b>	<b>01-11-2019 :</b>	<b>\$</b>	<b>01-12-2019 :</b>	<b>\$</b>	<b>01-01-2020 :</b>	<b>\$</b>
<b>01-02-2020 :</b>	<b>\$</b>	<b>01-03-2020 :</b>	<b>\$</b>	<b>01-04-2020 :</b>	<b>\$</b>	<b>01-05-2020 :</b>	<b>\$</b>	<b>01-06-2020 :</b>	<b>\$</b>

Aux dates convenues, chaque retrait correspondra aux montants indiqués ci-haut. **Le tout constituant un DPA personnel/particulier.** J'accuse réception d'une copie de cet Accord et je renonce à toute autre confirmation avant le premier paiement.

**Changement ou annulation :**

J'informerai l'organisme bénéficiaire, dans un délai raisonnable, de tout changement aux présentes. Je peux révoquer mon autorisation à tout moment, sur signification d'un préavis de **20** 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 [www.cdnpay.ca](http://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.

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 à la remettre à l'institution financière indiquée ci-dessus.

**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 qui n'est pas compatible avec le présent Accord de DPA. Pour obtenir plus d'information sur mes droits de recours, je peux communiquer avec mon institution financière ou visiter le [www.cdnpay.ca](http://www.cdnpay.ca).

Je comprends que je devrai faire une demande à cet effet à mon institution financière selon la procédure qu'elle me fournira.

**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 titulaire du compte : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Signature du second titulaire : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

**IMPORTANT : JOINDRE UN CHÈQUE PERSONNEL PORTANT LA MENTION « ANNULÉ » POUR ÉVITER TOUTE ERREUR DE TRANSCRIPTION.  
SI NOUS AVONS DÉJÀ VOS COORDONNÉES BANCAIRES, IL N'EST PAS NÉCESSAIRE DE JOINDRE UN SPÉCIMEN DE CHÈQUE.  
SI VOUS CHANGEZ DE COMPTE OU D'INSTITUTION FINANCIÈRE, VEUILLEZ EN AVISER LE COLLÈGE.**