

Titulaire(s) et coordonnées du compte (compléter les champs ombragés)

Nom et prénom du (des) titulaire(s)	Nom et prénom de l'enfant	N° de téléphone	
Adresse (rue, ville, province)		Code postal	
Nom de l'institution financière où est détenu le compte	N° de l'institution	N° de transit	N° de compte (avec chiffre vérificateur)

Organisme bénéficiaire – Information de contact

Nom de l'organisme Conseil des écoles fransaskoises	a/s de, ou courriel : recevables@cefsk.ca		
Adresse (rue, ville, province) 1440, 9 ^e Avenue Nord, Bureau 201, Regina (SK)	Code postal S4R 8B1	Téléphone 306.757.7541	

Autorisation de retrait

Je, soussigné(e) _____, autorise l'organisme bénéficiaire et l'institution financière désignée (ou toute autre institution financière que je pourrais autoriser à tout moment), à effectuer des débits préautorisés (DPA) mensuels dans mon compte à l'institution financière désignée ci-dessus.

Chaque retrait correspondra à un montant fixe de _____ \$, lequel pourra être majoré sans autre autorisation de ma part, pourvu que l'organisme bénéficiaire me transmette un avis écrit au moins de 15 jours avant la date d'échéance du paiement.

Renonciation :

Je renonce à recevoir l'avis écrit de 15 jours mentionné ci-dessus.

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 15 jours (maximum de 30 jours civils). 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 consulter le site de l'Association canadienne des paiements à l'adresse 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 www.cdnpay.ca.

L'institution financière me remboursera, au nom de l'organisme, les montants retirés par erreur dans les 90 jours civils du retrait pour un DPA personnel et dans les 10 jours ouvrables du retrait pour un DPA d'entreprise, dans la mesure où le remboursement est demandé pour une raison admissible.

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 (jj/mm/aaaa)
_____ Signature du second titulaire (s'il s'agit d'un 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 en aviser l'organisme bénéficiaire.