

COOP SANTÉ EASTMAN ET LES ENVIRONS

ADHÉSION AU DÉBIT PRÉAUTORISÉ - ACCORD DE DPA DU PAYEUR

I) Titulaire(s) et coordonnées du compte du membre

Nom et prénom du (des) titulaire(s)			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

Organisme bénéficiaire - Information de contact
COOP SANTÉ EASTMAN, Coopérative de solidarité
15, rue Lapointe, Eastman, QC JOE 1P0

A/S **Sylvie Des Roches, directrice générale**
info@coopsanteeastman.com
(450) 297-4777 poste 4

II) Autorisation de retrait

Je, soussigné(e), _____ dûment autorisé(e), autorise l'organisme bénéficiaire à effectuer des débits préautorisés (DPA) dans mon compte à l'institution financière désignée ci-dessus, à la fréquence suivante :

- Un membre individuel **Annuelle de 125.00 \$**
- Un parent avec un enfant : **Annuelle de 187.50 \$**
- Un parent avec deux enfants : **Annuelle de 250.00 \$**

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 10 jours avant la date d'échéance du paiement tel que modifié : pour le service suivant : **Contribution de membre**, le tout constituant un DPA personnel.

III) Renonciation :

J'accuse réception d'une copie de cet Accord et je renonce à toute autre confirmation avant le premier paiement.

IV) Changement ou annulation :

J'informerai l'organisme bénéficiaire, dans un délai raisonnable, de tout changement aux présentes.

Je peux révoquer mon autorisation à la date de renouvellement de ma contribution annuelle avec un préavis écrit de 15 jours à moins d'acquitter le solde dû de la contribution.

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.

V) 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.

VI) 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 **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.

VII) Signature du ou des titulaires

Signature du titulaire du compte

Date (jj/mm/aaaa)

Signature du second titulaire

Date (jj/mm/aaaa)

(s'il s'agit d'un compte pour lequel deux signatures sont requises)

IMPORTANT : Joindre un spécimen de 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.