

ADHÉSION AU PAIEMENT PAR PRÉLÈVEMENT AUTOMATIQUE

CÔTÉ B

Titulaire(s) et coordonnées du compte

| | |
|------------------------------------|-----------|
| Nom et prénom du(des) titulaire(s) | |
| Adresse | |
| Courriel | |
| Code postal | Téléphone |



JE CHOISIS DE PAYER PAR PRÉLÈVEMENT BANCAIRE (Vous pouvez nous fournir un spécimen de chèque pour éviter toutes erreurs de transcription)

| | | | |
|---|---------------------------|---------------------------------|--|
| Nom de l'institution financière où est détenu le compte | N° de transit 2 | N° de l'institution 3 | N° de compte (avec chiffre vérificateur) 4 5 |
|---|---------------------------|---------------------------------|--|

JE CHOISIS DE PAYER PAR CARTE DE CRÉDIT

| | | | |
|------------------------------|----------------------------------|--------------------|----------------------|
| Numéro de la carte de crédit | Type de carte (Visa, Mastercard) | Expiration (mm/aa) | Code de vérification |
|------------------------------|----------------------------------|--------------------|----------------------|

Organisme bénéficiaire – Information de contact

| | | |
|---|----------------------------------|---------------------------|
| Nom de l'organisme Coopérative de santé Robert-Cliche | Courriel info@coopsanterc.com | |
| Adresse (rue, ville, province) 463, boul. Renault, Beauceville, Qc | Code postal G5X 1N5 | Téléphone 418-774-9878 |



Autorisation de retrait

Je, soussigné(e) (s'il s'agit d'une personne morale, ici représentée par son ou ses représentant[s] dûment autorisé[s]), autorise l'organisme bénéficiaire à effectuer des débits préautorisés (DPA) sur la carte de crédit désignée ci-dessus ou dans mon compte à l'institution financière désignée ci-dessus, à la fréquence suivante : annuelle

Le premier retrait correspondra :

à la valeur du montant pour l'adhésion comme membre de la Coopérative de santé Robert-Cliche (si celle-ci n'a pas été payée d'une quelconque autre façon préalablement).

Chaque retrait subséquent correspondra :

à la valeur de la contribution annuelle fixée par le Conseil d'administration lors de l'année en cours. Si le montant varie, celui-ci me sera communiqué par l'organisme bénéficiaire, par écrit, par courriel ou par téléphone, au moins 10 jours avant la date d'échéance.

Pour les services suivants : Adhésion et/ou contribution annuelle de la Coop de santé Robert-Cliche, le tout constituant un DPA personnel/particulier.

Renonciation :

Je renonce à recevoir l'avis écrit de 10 jours mentionné ci-dessus lors d'un changement au montant de la contribution annuelle.

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 30 jours civils, auprès de l'organisme bénéficiaire. 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 paiement automatique 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) |

Une fois complété et signé, retournez ce formulaire par l'une des quatre façons suivantes :

- 1) Par courriel à info@coopsanterc.com
- 2) Par télécopieur au 418-774-9891
- 3) Par la poste au 463, boulevard Renault, Beauceville (Qc), G5X 1N5
- 4) Au secrétariat de la Coopérative de santé Robert-Cliche