

IDENTIFICATION DE L'ENTREPRISE

Nom de l'entreprise: Conseil des écoles publiques de l'Est de l'Ontario	Adresse courriel: recevable@cepeo.on.ca	
Adresse (rue, ville, province) 2445, boul. St-Laurent, Ottawa, Ontario	Code postal K1G 6C3	Téléphone (613) 742-8960

RENSEIGNEMENTS SUR LE COMPTE À DÉBITER

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

Adresse courriel pour recevoir les avis de retrait:

RENSEIGNEMENTS SUR LE RETRAIT

Je, soussigné (e), autorise l'entreprise bénéficiaire à effectuer des débits préautorisés (DPA) dans mon compte à l'institution financière désignée ci-dessus :

Cette autorisation est pour des **retraits mensuels** en date du 1^{er} de chaque mois et dont le premier retrait aura lieu le _____ et le dernier retrait aura lieu le _____.

Chaque retrait correspondra à un montant fixe de _____ \$.

Je conviens qu'un frais de **25.00\$** soit débité de mon compte pour tout retrait qui ne peut être effectué en raison d'une insuffisance de fonds.

Lorsqu'il y a insuffisance de fonds, il y aura un retrait le 15 du mois ou au _____ jour ouvrable le plus près pour rectifier la situation.

Changement ou annulation :

J'informerai l'entreprise bénéficiaire par écrit, dans un délai raisonnable, de tout changement à la présente autorisation.

Je peux révoquer mon autorisation à tout moment, sur signification d'un préavis de 10 jours ouvrables. Je complète la section résiliation de l'autorisation de retrait de ce formulaire et je l'envoie à l'entreprise bénéficiaire.

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

REMBOURSEMENTS

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'entreprise, les montants retirés par erreur dans les 90 jours civils du retrait pour un DPA 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'entreprise et moi, sans responsabilité ni engagement de la part de l'institution financière.

CONSENTEMENT DES 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 compte pour lequel deux signatures sont requises)	Date (jj/mm/aaaa)

IMPORTANT : Joindre un chèque portant la mention « ANNULÉ » pour éviter toute erreur de transcription. Si vous changez de compte ou d'institution financière, veuillez en aviser l'entreprise bénéficiaire.

RÉSILIATION DE L'AUTORISATION DU RETRAIT

Je, soussigné (e), avise l'entreprise bénéficiaire qu'elle n'est plus autorisée, à compter de ce jour, à effectuer le retrait décrit ci-dessus.

_____	_____	_____	_____
Signature du titulaire du compte	Date (jj/mm/aaaa)	Signature du second titulaire (s'il s'agit d'un compte pour lequel deux signatures sont requises)	Date (jj/mm/aaaa)

PAYEE – CONTACT INFORMATION

Name of organization: Conseil des écoles publiques de l'Est de l'Ontario	e-mail address : recevable@cepeo.on.ca	
Address (street, city, province) 2445, boul. St-Laurent, Ottawa, Ontario	Postal code K1G 6C3	Telephone No. (613) 742-8960

ACCOUNT HOLDER NAME AND ACCOUNT NUMBER

Last and first name(s) of account holder(s)		Telephone No.	
Address (street, city, province)		Postal code	
The name of the financial institution where the account is located	Institution No.	Transit No.	Account No. (with check digit)
e-mail address :			

WITHDRAWAL AUTHORIZATION

I, the undersigned, (if a legal person, herein represented by its duly authorized representative(s)), authorize the Payee to make pre-authorized debits (PAD) from my account with the aforementioned financial institution, at the following interval:

This authorization is for monthly withdrawals dated 1st of each month and whose first withdrawal will take place on _____ and last withdrawal will take place on _____.

Each withdrawal will correspond to a fixed amount of \$ _____.

I agree that a **25.00\$** fee will be debited from my account for any withdrawal that cannot be completed because of insufficient funds.

Change or cancellation:

I will inform the Payee in writing within a reasonable time of any changes to this Agreement.

I may revoke my authorization at any time, with a pre-notification of 10 calendar days by completing the appropriate section below and send it to the Payee.

I agree that the financial institution where I have my account is not required to verify that the payment is debited in accordance with this authorization. I also certify that every person whose signature is required for the operation of the account identified above have signed this authorization.

I acknowledge that the delivery of this authorization to the Payee constitutes delivery by me to the aforementioned financial institution.

REIMBURSEMENT

I have certain rights of recourse if a debit does not comply with the terms of this Agreement. For example, I have the right to receive reimbursement for any PAD that is not authorized or that is not compatible with the terms of this PAD Agreement. For more information on my rights of recourse, I may contact my financial institution or visit www.cdnpay.ca.

The financial institution shall reimburse me, on behalf of the organization, for any amounts withdrawn in error, within 90 calendar days of the withdrawal for a **Personal** PAD for a valid reason.

I understand that a claim to this effect must be made to my financial institution following the procedure it will provide for that purpose.

Finally, I acknowledge that a claim for reimbursement filed after the aforementioned time limits must be settled between me and Payee, without any liability or commitment on the part of my financial institution.

CONSENT TO DISCLOSURE OF INFORMATION

I hereby consent to the disclosure of the information contained in my pre-authorized debit enrolment agreement to the financial institution, provided such information is directly related to and required for the smooth application of the rules governing pre-authorized debits.

SIGNATURE OF ACCOUNT HOLDER (S)

_____	_____
Signature of account holder	Date (dd/mm/yyyy)
_____	_____
Signature of a second account holder (only if two signatures are required)	Date (dd/mm/yyyy)

IMPORTANT: Attach a personal cheque marked "VOID" to avoid errors in transcription. If you change your account or financial institution, please advise the payee organization.

CANCELLATION OF PAD AGREEMENT

I, the undersigned, advise the payee that it is no longer authorized, as of this day, to make any PAD as described above.

_____	_____	_____	_____
Signature of account holder	Date (dd/mm/yyyy)	Signature of second holder (only if two signatures are required)	Date (dd/mm/yyyy)