



AUTORISATION DE PAYEUR NET 7 JOURS **DÉBITS PRÉAUTORISÉS (DPA)**

Je reconnais que la présente autorisation est donnée au profit du bénéficiaire (identifié ci-après) et de mon institution financière en contrepartie d'un accord donné par mon institution financière de traiter des débits sur mon compte conformément aux règles qui suivent :

-Je garantis que toutes les personnes dont les signatures sont requises pour ce compte ont signé l'accord ci-après.

-J'autorise par la présente le bénéficiaire identifié ci-dessous à tirer des effets sur mon compte bancaire auprès de mon institution financière, pour le paiement des factures dues, selon mon terme de paiement. **(Net 7 jours)**

AOF, Service alimentaire
2150, rue Sigouin
Drummondville, Qc.
J2C 5Z4
Tél. : 819-477-5353 ou 800-461-8747

Cette autorisation peut être annulée à n'importe quel moment sur signification d'un avis de ma part. Je reconnais que, pour révoquer cette autorisation, je dois remettre par écrit un avis de révocation au bénéficiaire au moins 5 jours ouvrables avant la prochaine date prévue du prochain débit à l'adresse indiquée ci-dessus. Pour obtenir un spécimen du formulaire d'annulation, ou pour plus d'information sur mon droit d'annuler, je peux communiquer avec mon institution financière ou visiter www.cdnpay.ca.

Je reconnais que la remise de la présente autorisation constitue la remise par moi à mon institution financière. Toute remise qui vous serait faite de la présente autorisation constitue une remise par moi.

Selon les critères ci-haut mentionnés, je recevrai un avis de paiement totalisant l'ensemble des factures hebdomadaires (7 jours) émises. Le prélèvement se fera le vendredi de la semaine suivante. Dans le cas où le vendredi serait un jour férié, le prélèvement sera fait le jour ouvrable suivant.

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 un formulaire de demande de remboursement, ou pour plus d'information sur mes droits de recours, je peux communiquer avec mon institution financière ou visiter www.cdnpay.ca.

IDENTIFICATION DU PAYEUR

Nom : _____ Nom de l'institution bancaire : _____
Nom de l'entreprise : _____ No. de compte : _____
Adresse : _____ Spécimen de chèque : _____
Ville : _____ Type de service : Entreprise _____ Personnel
Code postal : _____
No. de client : _____

De quelle façon voulez-vous recevoir votre avis de prélèvement :

- Poste : _____
 Courriel : _____
 Télécopie : _____
(Non disponible pour l'instant, envoi automatique à venir)

Je reconnais que mon institution financière n'est pas tenue de vérifier que le prélèvement a été émis conformément aux détails de l'autorisation de payeur, notamment, mais de façon non exhaustive, en ce qui a trait au montant.

Je reconnais que mon institution financière n'est pas tenue de vérifier que l'objet du paiement pour lequel le prélèvement a été atteint par le bénéficiaire comme condition de l'acceptation du prélèvement que le bénéficiaire a émis ou fait émettre sur mon compte.

La révocation de la présente autorisation ne met pas fin à un contrat pour biens ou services qui existe entre moi et le bénéficiaire. L'autorisation de Payeur ne s'applique qu'à la méthode de paiement et n'a par ailleurs aucune incidence sur le contrat pour les biens ou les services échangés.

Je comprends et accepte le présent plan de prélèvement et désire y participer. Je consens à la communication à l'institution financière du bénéficiaire des renseignements qui peuvent être contenus dans la présente autorisation de payeur, dans la mesure où cette communication de renseignements personnels est directement reliée et nécessaire à la bonne application selon l'entente établie.

Signature _____ Date : _____

Signature _____ Date : _____