

Organisme bénéficiaire – Information de contact		N° d'enregistrement de l'organisme 888285459 RR0001	
Nom de l'organisme Le Club des Petits Déjeuners du Québec		Courriel info@clubdejeuners.org	
Adresse (rue, ville, province) 151-D, boul. de Mortagne. Boucherville		Code postal J4B 6G4	Téléphone (450) 641-3230

Titulaire(s) et coordonnées du compte			N° de donateur (à remplir par l'organisme)	
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 (avec chiffre vérificateur)	

Autorisation de retrait

Je, soussigné(e) (s'il s'agit d'une personne morale, ici représentée par son ou ses représentants [s] dûment autorisé [s]), autorise l'organisme bénéficiaire à effectuer des débits préautorisés (DPA) dans mon compte à l'institution financière désignée ci-dessus. Chaque retrait correspondra à un don d'un montant fixe tel que stipulé à la case «Montant du versement» le tout constituant un DPA personnel/particulier d'entreprise

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

Nouvelle transaction

Montant du versement	Date du premier paiement	Nombre de versements	Illimité <input type="checkbox"/>
Fréquence <input type="checkbox"/> mensuelle	Spécifiez la date du retrait:		

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 notre fournisseur de service de paiements, Perceptech inc. et 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. Je reconnais que j'ai lu et j'accepte les conditions de changement et d'annulation ainsi que les conditions de remboursement telles que stipulées dans la présente autorisation

Changement ou annulation :

J'informerai l'organisme bénéficiaire, dans un délai de 30 jours, de tout changement aux présentes.

Je peux révoquer mon autorisation à tout moment, sur signification d'un préavis d'un maximum de 5 jours ouvrables. 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.

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.

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.**