

**Titulaire(s) du compte**

Nom et prénom du (des) titulaire(s)		N° de téléphone
Adresse (rue, ville, province)		
		Code postal

**Institution financière**
**Organisme bénéficiaire**

Nom de l'institution financière		Nom de l'organisme	
	N° de l'institution	N° de transit	N° de téléphone
Adresse (rue, ville, province)		Adresse (rue, ville, province)	
	Code postal		Code postal

*Garderie Le Jumello*  
*450 9375700*  
*2000 rue Bienville*  
*Laval*  
*H7H 3E4*

**Autorisation de retrait**

Je soussigné(e) (s'il s'agit d'une personne morale, ici représentée par son ou ses représentants dûment autorisé[s]), autorise l'organisme bénéficiaire à effectuer des retraits dans mon compte n° \_\_\_\_\_, détenu à l'institution financière, à la fréquence suivante :

- hebdomadaire     
  aux deux semaines     
  bimensuelle  
 mensuelle     
  autre \_\_\_\_\_

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 dix jours avant la date d'échéance du paiement tel que modifié ;  
 à un montant variable, lequel me sera communiqué par l'organisme bénéficiaire, par écrit, au moins dix jours avant la date d'échéance.

**Réservé au retrait direct-Membre entreprise :**

- je renonce à recevoir l'avis écrit de dix jours mentionné plus haut.

pour le service suivant : *frais de garde.*

Par ailleurs, je conserve le droit de révoquer en tout temps mon autorisation en avisant par écrit l'organisme bénéficiaire. 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.

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

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 plus haut 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 plus haut.

**Remboursement**

L'institution financière me remboursera, au nom de l'organisme, les montants retirés par erreur dans les 90 jours du retrait pour un titulaire **particulier** et dans les 10 jours du retrait pour un titulaire **entreprise**, dans la mesure où le remboursement est demandé pour l'une ou l'autre des raisons suivantes :

- a) le retrait n'a pas été effectué conformément à mon autorisation ;  
 b) mon autorisation a été révoquée ;  
 c) je n'ai pas reçu l'avis préalable de 10 jours avant la date du retrait.

Je comprends que je devrai faire une déclaration écrite à cet effet à mon institution financière sur le formulaire 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 retrait direct soit communiqués à l'institution financière, dans la mesure où cette communication de renseignements est directement reliée et nécessaire à la bonne mise en oeuvre des règles applicables en matière de débits préautorisés.

**Signature du ou des titulaires**

Signature du titulaire du compte	Date
Signature du second titulaire	Date

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

**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 payeur.**