

TITULAIRE(S) ET COORDONNÉES DU COMPTE

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)

ORGANISME BÉNÉFICIAIRE – INFORMATION DE CONTACT

Nom de l'organisme SYNDICAT DE COPROPRIÉTÉ URBANIA-2	A/S ou courriel info@gestactif.com
Adresse (rue, ville, province) 1645-A AUTOROUTE LAVAL OUEST, LAVAL, QC	Code postal H7L 3W3
	Téléphone 450.934.4319

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) dans mon compte à l'institution financière désignée ci-dessus, à la fréquence suivante :

- hebdomadaire
 aux deux semaines
 bimensuelle
 mensuelle
 autre (préciser la mesure ou l'événement qui définit la fréquence) _____

Chaque retrait correspondra :

- à un montant variable, lequel me sera communiqué par l'organisme bénéficiaire, par écrit, au moins 10 jours avant la date d'échéance.
 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 10 jours avant la date d'échéance du paiement tel que modifié :

pour le service suivant : FRAIS DE CONDOMINIUM, INCLUANT LE PAIEMENT DU SOLDE D'UN LORS DU PREMIER RETRAIT. TOUT PAIEMENT SUPPLÉMENTAIRE EN UN SEUL VERSEMENT DEVRA FAIRE L'OBJET D'UN AVIS ÉCRIT PRÉALABLE POUR ÊTRE PRÉLEVÉ.

le tout constituant un DPA
 personnel/particulier
 d'entreprise

Renonciation :

- Je renonce à recevoir l'avis écrit de 10 jours mentionné ci-dessus.
 J'accuse réception d'une copie de cet Accord et je renonce à toute autre confirmation avant le premier paiement.

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 (maximum de 30 jours civils). 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 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	Date (jj/mm/aaaa)
(s'il s'agit d'un 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 bénéficiaire.



**PRE-AUTHORIZED DEBIT AGREEMENT
PAYOR'S PAD AGREEMENT**

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)

PAYEE – CONTACT INFORMATION

Name of Organisation SYNDICAT DE COPROPRIÉTÉ URBANIA-2	c/o or e-mail address info@gestactif.com	
Address (street, city, province) 1645-A AUTOROUTE LAVAL OUEST, LAVAL	Postal Code H7L 3W3	Phone Number 450.934.4319

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:

- weekly
 every 2 weeks
 twice monthly
 monthly
 other (please specify the time or event that defines the interval) _____

Each withdrawal will correspond to:

- a variable amount, of which I must be advised by the Payee in writing at least 10 days before the due date.
 a fixed amount of \$ _____, which may be increased without any further authorization on my part, provided that the Payee notifies me in writing at least 10 days before the due date of the payment as modified:

for the following service: MONTHLY PAYMENT OF CONDO FEES, INCLUDING LUMP SUM PAYMENT OF OUTSTANDING FEES FOR FIRST WITHDRAW. ANY OTHER LUMPS SUM PAYMENT SUBJECT TO WRITTEN NOTICE, 10 DAYS PRIOR TO ANY WITHDRAW

which together constitutes a personal/individual PAD business PAD

Waiver:

- I hereby waive the aforementioned written notice of 10 days.
 I have received a copy of this Agreement and waive all other confirmation before the first payment.

Change or cancellation:

I shall inform the Payee, in a timely manner, of any changes to this Agreement.

I retain the right to revoke my authorization at any time, with a pre-notification of 30 days (maximum 30 calendar days). To obtain a sample of the cancellation form or for more information on my right to cancel a PAD Agreement, I may contact my financial institution or visit the Canadian Payments Association Web site at www.cdnpay.ca. I agree to release the financial institution of any liability if the revocation is not respected, except in the case of gross negligence on its part.

I agree that the financial institution at which I maintain the 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 aforementioned account has 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 and within 10 business days for a **Business** PAD, provided that the reimbursement is claimed 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 check marked "VOID" to avoid errors in transcription. If you change your account or financial institution, please advise the payee organization.