

CONVENTION D'ADHÉSION AU DÉBIT PRÉAUTORISÉ (DPA)

 (Compléter un formulaire par propriété)

Bien vouloir remplir ce formulaire et **nous le faire parvenir** au C.P. 400 Val-d'Or (Québec) J9P 4P4, nous l'apporter au service de la trésorerie ou le déposer dans la boîte à l'entrée au 855 - 2e Avenue, le tout accompagné **D'UN SPÉCIMEN DE CHÈQUE PERSONNEL PORTANT LA MENTION "ANNULÉ"** pour éviter toute erreur de transcription.

<input type="checkbox"/> ADHÉSION	<input type="checkbox"/> MODIFICATION	<input type="checkbox"/> ANNULATION	<input type="checkbox"/> REMBOURSEMENT
Renouveler l'entente automatiquement à chaque année <input type="checkbox"/>		Motif ou explication :	
MATRICULE : <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>			
(voir coupon de remise N° de dossier pour paiement)			

TITULAIRE (S) DU COMPTE	Nom et prénom du titulaire ou des titulaires		Téléphone
	Adresse		
	Ville	Province	Code Postal
	Situation de la propriété : (voir coupon de remise)		
INSTITUTION FINANCIÈRE	Nom de l'institution bancaire		Téléphone
	No. de succursale	No. transit	No. de compte

AUTORISATION DE RETRAIT
Taxation annuelle

Nous autorisons la Ville de Val-d'Or et l'institution financière désignée à prélever des débits préautorisés (DPA) dans notre compte chèque, à la fréquence suivante : chaque retrait correspondra au montant total dû en fonction des échéances du compte de taxes annuelles, le tout constituant un débit préautorisé.

VEUILLEZ CHOISIR PARMIS LES OPTIONS SUIVANTES

1-	<input type="checkbox"/>	4 paiements DPA (sans intérêts) selon les échéances et montants inscrits sur le compte de taxes foncières annuelles : 1er mars, 1er mai, 1er juillet, 1er septembre
2-	<input type="checkbox"/>	Paiements mensuels (MVE mode de versements égaux incluant intérêts) : maximum 10 vers. Nombre de prélèvements : _____, Fréquence des prélèvements le _____ de chaque mois Date du premier prélèvement : _____ N.B. Les intérêts seront payables sur la totalité du solde à payer. (Règl. 2016-01)

En plus, tout retour de transaction entraînera des frais supplémentaires tel que prévu par règlement municipal.

Nous convenons dès à présent que les montants pourraient être majorés sans autre autorisation de ma part sur envoi des comptes de taxes de la Ville de Val-d'Or. Nous informerons la Ville de Val-d'Or par écrit de tout changement aux présentes.

Cette autorisation demeure en vigueur jusqu'à ce que la Ville de Val-d'Or ait reçu de notre part, un préavis de modification ou d'annulation. Ce préavis doit être reçu par la Ville de Val-d'Or au moins 10 jours ouvrables avant la date du prochain prélèvement à l'adresse indiquée ci-dessus.

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. L'institution financière me remboursera, les montants retirés par erreur dans les 90 jours civils du retrait dans la mesure où le remboursement est demandé pour une raison admissible ou par erreur de la Ville de Val-d'Or. Je comprends qu'une déclaration écrite à cet effet doit être donnée pour en expliquer le motif. (Pour plus d'information sur vos droits de recours, communiquez avec votre institution ou visitez www.cdnpay.ca)

SIGNATURES

Signature du titulaire du compte bancaire	Date
Signature du second titulaire / s'il s'agit d'un compte conjoint pour lequel deux signatures sont requises	Date