

AUTORISATION DE RETRAIT DIRECT

ENTENTE ENTRE LE TITULAIRE ET
Gestion de crédit Unik

1575 rue Laurier, CP 1059
Rockland, Ontario K4K 1L6
Tél: (613) 446-5131
Télécopieur : (613) 446-6916

Titulaire(s) de compte

Nom et prénom du (des) titulaire(s)	No. de téléphone
Adresse (rue, ville, province)	
Code postal	

Institution financière du titulaire

Nom de l'institution financière		
No de l'institution	No de transit	
Adresse (rue, ville, province)		
Code postal		

Organisme Bénéficiaire

Nom de l'organisme Gestion de crédit Unik	
Bureau Rockland	(613) 446-5131
Adresse – Bureau Chef 1575 rue Laurier, CP 1059	
Rockland, Ontario	Code postal K4K 1L6

Autorisation de retrait

Je soussigné(e) (sil 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 no. _____, détenu à l'institution financière, à la fréquence suivante:

hebdomadaire aux deux semaines bimensuelle mensuelle autre

↳ Date du 1er paiement : _____

Chaque retrait correspondra:

à un montant fixe de _____ \$.

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:

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 don't les signatures sont nécessaires pour le fonctionnement du compte identifié plus haut on 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

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.

