



**FORMULAIRE D'ADHÉSION AU DÉBIT PRÉAUTORISÉ
ACCORD DE DPA DU PAYEUR**

S.V.P., joindre un spécimen de chèque

Titulaire(s) du compte

Nom et prénom du (des) titulaire(s)		N° de compte avec le Collège Français
Nom et prénom de l'élève		
Adresse (n° civique, rue)		N° téléphone ()
Ville, province		Code postal

Institution financière

Nom de l'institution financière

Organisme bénéficiaire

Nom de l'organisme

LE COLLÈGE FRANÇAIS (1965) INC.

N° de l'institution	N° de transit	N° de compte	Téléphone (514) 495-2581	Télécopieur (514) 271-2823
Adresse (n° civique, rue)			Adresse 185, avenue Fairmount Ouest	
Ville, province		Code postal	Ville, province Montréal (Québec)	Code postal H2T 2M6

Autorisation de retrait

Je soussigné(e) autorise le Collège Français (1965) Inc. et son institution financière à effectuer par débits préautorisés (DPA) dans mon compte désigné ci-dessus, les paiements indiqués aux dates ci-dessous :

21 août 2025 : _____ \$ 21 septembre 2025 : _____ \$ 21 octobre 2025 : _____ \$ 21 novembre 2025 : _____ \$

(Frais afférents, option)

21 décembre 2025 : _____ \$ 21 janvier 2026 : _____ \$ 21 février 2026 : _____ \$ 21 mars 2026 : _____ \$ 21 avril 2026 : _____ \$

INSCRIRE LES MONTANTS

Aux dates convenues ci-dessus, les montants doivent être relativement égaux pour chacun des 9 versements. En effet, veuillez arrondir les « cents » et les intégrer au premier montant seulement. Chaque retrait correspondra aux montants indiqués ci-dessus. **Le tout constituant un DPA personnel/particulier.** 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 au présent Accord. Je peux révoquer mon autorisation à tout moment, sur signification d'un préavis de 10 jours. 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 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 conviens que l'institution financière où je détiens 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. 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 titulaire du compte _____ Date _____

Signature du second titulaire _____ Date _____

Important : Veuillez s.v.p. joindre un spécimen de chèque personnel portant la mention « Annulé » pour éviter toute erreur de transcription. Si vous deviez changer de compte ou d'institution financière, veuillez en aviser le Collège dans les délais requis.