

**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**

Le Groupe Experts-Conseils P.M. Inc	comptes@divisionsr.com		
108-2520 boul Entreprise, Terrebonne Qc Canada	J6X4J8	450-662-9901	

**Autorisation de retrait**

Je, soussigné(e) autorise l'organisme bénéficiaire (Les Camps de Gymnastique GymRep-Cheer-Rep) à effectuer des débits préautorisés (DPA) dans mon compte à l'institution financière désignée ci-dessus, à la fréquence suivante :

**" 30 jours suivant la date de création" "200\$ par semaine" à titre de dépôt  
Au 1er mai "la balance"\$**

**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 15 jours avant la date du prochain prélèvement. 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](http://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**

Pour obtenir plus d'information sur vos droits de recours DPA, veuillez communiquer avec votre institution financière ou visiter [www.cdnpay.ca](http://www.cdnpay.ca).

Pour la politique d'annulation et remboursement de votre inscription à notre camp spécialisé, veuillez vous référer au formulaire d'inscription.

**Pour usage interne (ne rien écrire)**

--

**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**

_____ Signature du titulaire du compte	_____ Date (jj/mm/aaaa)
---	----------------------------

**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.**