

Titulaire(s) et coordonnées du compte

Nom et prénom du (des) titulaire(s)

Nom de l'institution financière où est détenu le compte

Adresse (rue, ville, province)

N° de l'institution

N° de transit

Code postal

N° de téléphone

N° de compte (avec chiffre vérificateur)

N° Client

Organisme bénéficiaire – Information de contact

Nom de l'organisme

A/S ou courriel

Téléphone

DBO Expert inc.

info@dboexpert.com

(819) 846-3642

Adresse (rue, ville, province)

Code postal

501 rue Giroux Sherbrooke Québec

J1C 0J8

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) annuels dans mon compte à l'institution financière désignée ci-dessus, pour des paiements découlant du contrat de suivi pour mon système de traitement :

nom du système

le tout constituant un DPA personnel/particulier d'entreprise

Il est entendu que l'organisme bénéficiaire obtiendra mon autorisation avant chaque débit ponctuel ou sporadique devant être porté à mon compte.

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. 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 Paiements Canada à l'adresse <https://www.paiements.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 <https://www.paiements.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 (jj/mm/aaaa)

Signature du second titulaire du compte
(seulement si deux signatures sont requises)

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.

Account Holder Name and Account Number

Last and first name(s) of account holder(s)

Name of the financial institution where the account is located

Address (street, city, province)

Institution N°

Transit N°

Postal Code

Telephone N°

Account N° (with check digit)

Client #

Payee – Contact Information

Name of organization

c/o or e-mail address

Telephone

DBO Expert inc.

info@dboexpert.com

(819) 846-3642

Address (street, city, province)

Postal Code

501 Giroux Street, Sherbrooke Québec J1C 0J8

Withdrawal Authorization

I, the undersigned, (if a legal person, herein represented by its duly authorized representative(s)), authorize the Payee to make annual pre-authorized debits (PAD) from my account with the aforementioned financial institution, for payments in line with the Monitoring Contract for my wastewater treatment system:

system's name

which together constitutes a personal/individual business PAD

It is understood that the payee organization will obtain my authorization before any one-time or sporadic debit is debited from my account.

Change or Cancellation:

- ✓ I shall inform the Payee, in a timely manner, of any changes to this Agreement.
- ✓ I retain my right to revoke my authorization at any time, with a pre-notification of 30 days. To obtain a sample cancellation form or for more information on my right to cancel a PAD Agreement, I may contact my financial institution or visit Payments Canada Web site at <https://www.payments.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 <https://www.payments.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 the 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

Date (dd/mm/yyyy)

Signature of a second account holder
(Only if two signatures are required)

Date (dd/mm/yyyy)

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.