

# ADHÉSION AU PAIEMENT PRÉ-AUTORISÉ

(remplir les sections identifiées d'étoiles \*\*\*)

## TITULAIRE DU COMPTE

***Prénom et nom du (des) titulaire(s)	***N° de téléphone
***Adresse	
	***Code postal

## INSTITUTION FINANCIÈRE

***Nom de l'institution financière	Nom de l'organisme bénéficiaire <b>MUNICIPALITÉ DE SAINT-LAZARE</b>		
*** N° de l'institution	***N° de transit		N° téléphone <b>(418) 883-3841</b>
***Adresse de l'institution financière		Adresse de l'organisme bénéficiaire <b>116, RUE DE LA FABRIQUE</b>	
	***Code postal	<b>SAINT-LAZARE, QUÉBEC</b>	Code postal <b>G0R 3J0</b>

**AUTORISATION DE RETRAIT:** Je soussigné, autorise la Municipalité de Saint-Lazare-de-Bellechasse à effectuer des retraits dans mon compte n° \*\*\* \_\_\_\_\_ détenu à l'institution financière ci-dessus, pour le paiement des taxes municipales aux dates d'échéance inscrites sur le compte de taxes annuel sans autre avis de la part de la municipalité avant la date du retrait.

**FRÉQUENCE DES RETRAITS:** Aux dates d'échéances inscrites sur les comptes de taxes. Chaque retrait correspondra à un montant variable, lequel me sera communiqué par la Municipalité de Saint-Lazare-de-Bellechasse, par écrit, sur mon compte de taxes annuel.

Je conserve le droit de révoquer la présente autorisation par un avis écrit transmis à la Municipalité de Saint-Lazare-de-Bellechasse et dégage l'institution financière de toute responsabilité en cas de non-respect de la révocation, à moins de négligence grave de sa part.

J'informerai la Municipalité de Saint-Lazare-de-Bellechasse par écrit 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 dont les signatures sont nécessaires pour le fonctionnement du compte identifié plus haut ont signé la présente autorisation.

Je reconnais que le fait de remettre la présente autorisation à la Municipalité de Saint-Lazare-de-Bellechasse équivaut à la remettre à l'institution indiquée ci-dessus.

### REMBOURSEMENT

Les effets débités par erreur me seront remboursés par mon institution financière dans les 90 jours pour l'une ou l'autre des raisons suivantes :

- le retrait n'a pas été effectué conformément à mon autorisation;
- mon autorisation a été révoquée.

Je comprends qu'une déclaration écrite, à cet effet, doit être donnée à mon institution financière sur le formulaire qui me sera fourni par celle-ci.

\*\*\*N° de matricule concerné(s) :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### CONSENTEMENT À LA COMMUNICATION DE RENSEIGNEMENTS

Je consens à ce que les renseignements contenus dans ma demande d'adhésion au retrait pré-autorisé soient communiqués à l'institution financière, dans la mesure où cette communication de renseignements est directement reliée à la bonne mise en œuvre des règles applicables en matière de débits pré-autorisés.

\_\_\_\_\_  
\*\*\*Signature du titulaire du compte

\_\_\_\_\_  
\*\*\*Date

\_\_\_\_\_  
\*\*\*Signature du titulaire du compte

\_\_\_\_\_  
\*\*\*Date

**IMPORTANT:** Joindre un chèque portant la mention ANNULÉ. Si vous changez de compte ou d'institution financière, veuillez en aviser la Municipalité de Saint-Lazare-de-Bellechasse (voir les coordonnées ci-haut).