

**Numéro de matricule pour paiement (coin supérieur droit du coupon de paiement)**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adresse de l'immeuble :

Adresse (Numéro civique, rue)	Code postal
-------------------------------	-------------

Titulaire(s) et coordonnées du compte

Nom et prénom du (des) titulaire(s)	N° de téléphone (Résidence)
-------------------------------------	-----------------------------

N° de téléphone (Bureau)	Poste :	N° de téléphone (Cellulaire)	Courriel
--------------------------	---------	------------------------------	----------

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

Ville de Châteauguay
 Édifice de la Mairie
 Division des revenus
 5, boulevard D'Youville, Châteauguay (Québec) J6J 2P8
 Téléphone : 450-698-3020
 Courriel : taxation@ville.chateauguay.qc.ca
 Site Internet : <http://www.ville.chateauguay.qc.ca/taxation>

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 la Ville de Châteauguay à effectuer des débits préautorisés (DPA) dans mon compte à l'institution financière désignée ci-dessus, à la fréquence des retraits selon les échéances indiquées sur les comptes de taxes annuels et complémentaires.

Chaque retrait correspondra au montant total dû en fonction des échéances des comptes de taxes, le tout constituant un DPA :

personnel/particulier d'entreprise

Renonciation :

- Je renonce à recevoir l'avis écrit de 10 jours mentionné ci-dessus.
 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 la Ville de Châteauguay, dans un délai raisonnable, de tout changement aux présentes.

Je peux révoquer mon autorisation à tout moment, sur signification d'un préavis de dix (10) jours. Pour obtenir un spécimen de formulaire d'annulation ou pour obtenir plus d'informations 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. 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 la Ville de Châteauguay équivaut à la remettre à l'institution financière indiquée ci-dessus.

Je conviens que des frais pour insuffisance de provisions de 40 \$ seront ajoutés pour tout paiement retourné à cet effet.



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 www.cdnpay.ca.

L'institution financière me remboursera, au nom de la Ville de Châteauguay 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 la Ville de Châteauguay 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 ou des titulaire(s)

Signature du titulaire du compte

Date (jj/mm/aaaa)

Signature du second titulaire
(s'il s'agit d'un pour lequel deux signatures sont requises)

Date (jj/mm/aaaa)

Pour toute information, veuillez communiquer avec le personnel de la Division revenus au 450-698-3020.

Joindre

- Un spécimen de chèque avec la mention «annulée»
- 1 des 3 coupons de versement du compte de taxes

Faites parvenir ce formulaire à :

Ville de Châteauguay
Édifice de la Mairie
Division des revenus
5, boulevard D'Youville
Châteauguay (Québec) J6J 2P8

IMPORTANT

Si vous changez d'institution financière, nous vous saurions gré de bien vouloir informer l'organisme bénéficiaire.