



MUNICIPALITÉ DE MCMASTERVILLE
 255, boulevard Constable
 McMasterville (Québec) J3G 6N9
 Tél. : 450-467-3580 Téléc. : 450-467-2493
 info@mcmasterville.ca
 www.mcmasterville.ca

**ADHÉSION AU DÉBIT
 PRÉAUTORISÉ
 ACCORD DU PAYEUR**

TITULAIRE(S) DU COMPTE

Nom et prénom du (des) titulaire(s)	N° de téléphone
Adresse (rue, ville, province)	Code postal
Adresse courriel	

INSTITUTION FINANCIÈRE

ORGANISME BÉNÉFICIAIRE

Nom de l'institution financière	N° de l'institution	N° de transit	MUNICIPALITÉ DE MCMASTERVILLE Services de la trésorerie et des finances 255, boulevard Constable McMasterville (Québec) J3G 6N9 Tél. : 450-467-3580 Téléc. : 450-467-2493
N° de compte (avec chiffre vérificateur)			
Adresse (rue, ville, province)		Code postal	

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 Municipalité de McMasterville à effectuer des débits préautorisés (DPA) dans mon compte détenu à l'institution financière ci-dessus mentionnée pour le paiement des taxes municipales, selon les modalités prévues à la présente demande d'adhésion. Le retrait préautorisé s'effectuera **aux dates d'échéances inscrites sur mon compte de taxes foncières annuel**. Ces montants pourront varier à la hausse ou à la baisse sans autre autorisation de ma part, pourvu que la Municipalité de McMasterville me confirme par écrit le montant du retrait préautorisé lors de la réception du compte de taxes foncières au moins 30 jours avant la date d'échéance du premier versement.

IDENTIFICATION DE LA PROPRIÉTÉ

Nom et prénom du propriétaire au rôle d'évaluation	N° de téléphone
Nom et prénom du copropriétaire inscrit au rôle d'évaluation	N° de téléphone
Matricule : 57025 _____ - _____ - _____ - _____ - _____ (19 caractères)	
Situation : (no civique, nom de la rue) _____	

Par ailleurs, je conserve le droit de révoquer en tout temps mon autorisation en avisant la Municipalité par écrit au moins 10 jours avant la date de retrait. 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. J'informerai la Municipalité de McMasterville, par écrit et dans un délai raisonnable, 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 soit 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 McMasterville équivaut à la remettre à l'institution financière plus haut mentionnée.

REMBOURSEMENT

L'institution financière me remboursera, au nom de la Municipalité de McMasterville, les montants retirés par erreur dans les 90 jours civils du retrait, dans la mesure où le remboursement est demandé pour l'une ou l'autre des raisons suivantes :

- a) le retrait n'a pas été effectué conformément à mon autorisation;
- b) mon autorisation a été révoquée;
- c) je n'ai jamais donné l'autorisation écrite à la Municipalité de McMasterville;
- d) le retrait n'a pas été fait au bon compte en raison d'une erreur de la Municipalité de McMasterville.

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 le délai indiqué (10 jours avant la date du retrait) 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 OU DES TITULAIRES

_____	_____
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)

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 la Municipalité de McMasterville.