



DEMANDE D'ADHÉSION AUX PAIEMENTS PRÉAUTORISÉS - TAXE SCOLAIRE

(Valide seulement pour les dates d'échéances de la facture annuelle)

Bien vouloir compléter ce formulaire et nous le faire parvenir à l'adresse de retour indiquée ci-dessous ou par courriel accompagné d'un spécimen de chèque.

Adresse de retour : 350, boul. Champlain Sud Alma (QC) G8B 5W2
Courriel : taxes@cslsj.qc.ca

Autorisation de retrait aux fins d'acquitter mon compte de taxe scolaire annuelle

J'autorise la Commission scolaire du Lac-Saint-Jean à effectuer des retraits dans mon compte déposé à mon institution financière et selon les modalités prévues à la présente demande d'adhésion. **Un prélèvement sera effectué à chaque date d'échéance selon le montant des versements signifié sur ma facture annuelle. Aucune modification ne peut s'effectuer concernant la date ou le montant des versements.** Par contre, je peux révoquer mon autorisation à tout moment, sur signification d'un préavis de 10 jours en utilisant le formulaire d'annulation qui est disponible au www.cslsj.qc.ca. Également, je peux communiquer avec mon institution financière ou consulter le site de l'Association canadienne des paiements à l'adresse www.cdnpay.ca.

Propriété (s) (voir facture de taxe scolaire)

Adresse (s) de la propriété : _____

N° de dossier	N° de dossier	N° de dossier	N° de dossier

Conditions

Je conviens que l'autorisation de retrait pourra être majorée sans autre autorisation de ma part pourvu que la CSLSJ m'en avise d'abord par écrit. Par ailleurs, je conserve le droit de révoquer en tout temps mon autorisation en avisant par écrit la CSLSJ. 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 CSLSJ par écrit de tout changement dans un délai maximum de 10 jours, précédant un paiement préautorisé. J'accepte que mon institution financière ne soit pas tenue de vérifier si le paiement est prélevé conformément à l'autorisation. Je reconnais que le fait de remettre la présente autorisation à la CSLSJ équivaut à la remettre à mon institution financière.

Conditions de 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. Je comprends que je devrai faire une déclaration écrite à cet effet à mon institution financière dans les 90 jours du retrait. Enfin, je reconnais qu'une demande de remboursement produite après les délais indiqués précédemment devra être réglée entre la CSLSJ et moi, sans responsabilité ni engagement de la part de mon institution financière. Pour obtenir plus d'informations sur mes droits de recours je peux communiquer avec mon institution financière ou visiter www.cdnpay.ca.

Consentement à la communication des renseignements

Je consens à ce que les renseignements contenus dans ma demande d'adhésion ainsi que ceux de mon spécimen de chèque ci-joint soient communiqués à mon 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 paiements préautorisés.

Titulaire du compte (CARACTÈRES D'IMPRIMERIE)

Nom et prénom du (des) titulaire(s)

Adresse App. Ville

Code postal Numéro de téléphone Courrier électronique

Faire parvenir ce formulaire accompagné d'un SPÉCIMEN de chèque.

IMPORTANT : Si vous changez de compte ou d'institution financière, veuillez en aviser la Commission scolaire.

Signature du titulaire du compte

Signature du second titulaire (s'il y a lieu)

Date

