

Nom et prénom du (des) titulaire(s)			No téléphone
Adresse (rue, ville, province)			Code postal
Nom de l'institution financière ou est détenu le compte	No de l'institution	No de transit	No de compte (avec chiffre vérificateur)
<b>Organisme bénéficiaire – Information de contact</b>			
Nom de l'organisme <b>Ville de Saint-Hyacinthe – Cour municipale</b>		À l'attention de <b>Claudette Mercier, perceptrice des amendes</b>	
Adresse (rue, ville, province) <b>700, avenue de l'Hôtel-de-Ville Saint-Hyacinthe (Québec)</b>		Code postal <b>J2S 5B2</b>	No téléphone <b>450 778-8319</b>
<b>Autorisation de retrait</b>			
Je, soussigné(e) autorise la Ville de Saint-Hyacinthe à effectuer des débits préautorisés (DPA) dans mon compte à l'institution financière désignée ci-dessus :			
<input type="checkbox"/> le 1 <sup>er</sup> de chaque mois ou le jour ouvrable suivant, dès le : _____ OU <input type="checkbox"/> le 20 de chaque mois ou le jour ouvrable suivant, dès le : _____			
<b>CHAQUE RETRAIT CORRESPONDRA À UN MONTANT FIXE OU VARIABLE, LEQUEL M'EST DÉJÀ COMMUNIQUÉ PAR LA VILLE DE SAINT-HYACINTHE, PAR ÉCRIT, SUR MA COPIE D'ENTENTE DE PAIEMENTS DIFFÉRÉS</b> <span style="background-color: yellow; padding: 0 10px;"> </span> (initiales)			
<b>Pour le service suivant : <u>CONSTAT D'INFRACTION</u> le tout constituant un DPA.</b>			
<b>Annulation :</b> Je peux révoquer mon autorisation à tout moment, sur signification d'un préavis de <b>30 jours</b> (maximum de 30 jours civils). 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 l'Association canadienne des paiements à l'adresse <a href="http://www.cknpay.ca">www.cknpay.ca</a> ou envoyer par courriel à <a href="mailto:cour-municipale@ville.st-hyacinthe.qc.ca">cour-municipale@ville.st-hyacinthe.qc.ca</a> .			
Je conviens que l'institution financière ou 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 à la Ville de Saint-Hyacinthe la présente autorisation équivaut à remettre cette autorisation à l'institution financière indiquée ci-dessus.			
<b>Remboursement et recours</b> 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 <a href="http://www.cdnpay.ca">www.cdnpay.ca</a> .		<b>Consentement à la communication de renseignements</b> 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.	
<b>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 Ville de Saint-Hyacinthe.</b>		<b>Signature du ou des titulaires</b>	
		<b>X</b>	<b>X</b>
		Signature du titulaire du compte	Date (jj/mm/aa)
		Signature du second titulaire du (s'il s'agit d'un compte pour lequel <u>deux signataires</u> sont requises)	Date (jj/mm/aa)