



# Paroisse Saint-Joseph d'Orléans

## ADHÉSION AU DÉBIT PRÉAUTORISÉ (DPA) ACCORD DU PAYEUR/DE LA PAYEUSE

### Titulaire(s) et coordonnées du compte

Nom et prénom du (des) titulaire(s)			N° de téléphone
Adresse (rue, ville, province)			Code postal
Nom de l'institution financière	N° de l'institution	N° de transit	N° de compte

### Organisme bénéficiaire

<b>Paroisse Saint-Joseph</b> 2757, boul. St-Joseph, Orléans, ON, K1C 1G4 Téléphone : 613-824-2472      Courriel : <a href="mailto:stjosephorleans@gmail.com">stjosephorleans@gmail.com</a>
--

### Autorisation de retrait

<p><b>Je, soussigné(e), autorise l'organisme bénéficiaire à effectuer un débit préautorisé (DPA) mensuel de mon compte à l'institution financière désignée ci-dessus</b></p> <p><b>à un montant de _____ .00 \$</b></p> <p><b>lequel débutera le _____ (mois/année).</b></p> <p><b>Ci- joint est mon spécimen de chèque portant la mention « annulé ».</b></p>
--

- J'informerai l'organisme bénéficiaire, dans un délai raisonnable, de tout changement à cet accord.
- Je peux révoquer mon autorisation à tout moment, sur signification d'un préavis de 30 jours.
- J'atteste 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 l'organisme bénéficiaire équivaut à la remettre à l'institution financière indiquée ci-dessus.
- Je consens à ce que les renseignements contenus dans cet accord soient communiqués à l'institution financière, dans la mesure où cette communication est directement reliée à la mise en œuvre du débit préautorisé.

### Signature du ou des titulaires

_____	_____
Signature du titulaire du compte	Date
_____	_____
Signature du second titulaire (si deux signatures sont requises)	Date
<b>Nous nous engageons à protéger les renseignements personnels que vous fournissez à la Campagne de financement de la paroisse.</b>	