

PRE-AUTHORIZED MONTHLY DONATION PLAN AGREEMENT BANK DEBIT

I/we authorize St. Faustina Parish and the financial institution designated (or any other financial institution I/we may authorize at any time) to begin deductions as per my/our instructions for monthly regular, recurring payments. Regular monthly payments will be debited to my/our specified account on the last working day of each month.

- 1. I/we wish to donate each month a total of (check one):
\$50 \$75 \$100 other _____
- 2. Of the total amount, please allocate \$_____ to the “New Church“ account
- 3. I/we wish to receive eGiving cards yes no
- 4. Please include a blank “void” cheque.

This authority is to remain in effect until St. Faustina Parish has received written or email notification from me/us of its change or termination. This notification must be received at least ten (10) business day before the next debit is scheduled at the address provided below.

St. Faustina Parish may not assign this authorization, whether directly or indirectly, by operation of law, change of control or otherwise, without providing at least ten (10) days prior written notice to me/us.

I/we have certain recourse rights if any debit does not comply with this agreement. For example, I/we have the right to receive reimbursement for any monthly debit that is not authorized or is not consistent with this pre-authorized debit agreement. To obtain a form for a Reimbursement Claim, or for more information on my/our rights, I/we may contact my/our financial institution or visit www.cdnpay.ca.

PLEASE PRINT	DATE: _____
Name(s): _____	
Address: _____	
City/Town: _____	Province: _____
Postal Code: _____	
Phone Number: (Cell.) _____ (Res.): _____	
Authorized Signature(s): -----	
St. Faustina Parish 2571 Hwy. 174 (P.O. Box 99) Cumberland, ON, K4C 1E5 Telephone: 613 833-0207	
Email: st.faustina.office@gmail.com	

DÉBIT DE BANQUE PAR ACCORD MENSUEL DE DONATION PRÉAUTORISÉE

J'autorise / nous autorisons La Paroisse Ste Faustine et l'institution financière désignée (ou toute autre institution financière que je / nous pouvons autoriser à tout moment) à commencer les déductions conformément à mes / nos instructions pour les paiements mensuels réguliers seront débités de mon / notre compte spécifié le dernier jour ouvrable de chaque mois.

1. Je souhaite / nous souhaitons donner chaque mois un total de (cocher une case):

\$50 \$75 \$100 autre montant: _____

2. Sur le montant total ci-haut, veuillez allouer \$ _____ au compte "Nouvelle Église"

3. Je souhaite / nous souhaitons recevoir des cartes eGiving oui non

4. Veuillez inclure un chèque en blanc "nul".

Cette autorisation doit demeurer en vigueur jusqu'à ce que la Paroisse Ste Faustine ait reçu un avis écrit ou par courriel de ma part ou de notre part concernant son changement ou sa résiliation. Cette notification doit être reçue au moins dix (10) jours ouvrables avant le prochain prélèvement à l'adresse indiquée ci-dessous.

La Paroisse Ste Faustine ne peut céder cette autorisation, directement ou indirectement, par effet de la loi, changement de contrôle ou autre, sans préavis écrit d'au moins dix (10) jours.

J'ai / nous avons certains droits de recours si un débit n'est pas conforme à cet accord. Par exemple, j'ai / nous avons le droit de recevoir un remboursement pour tout débit mensuel non autorisé ou incompatible avec cet accord de débit préautorisé. Pour obtenir un formulaire de demande de remboursement ou pour plus d'informations sur mes / nos droits, je / nous pouvons contacter mon / notre institution financière ou visiter www.cdnpay.ca.

S'IL VOUS PLAÎT IMPRIMER

DATE: -----

Nom(s): -----

Adresse: -----

Ville: ----- Province: ----- Code Postal: -----

Numéro de téléphone: (Cell.) ----- (Rés.) -----

Signature autorisée(s): -----

Paroisse Ste Faustine
2571, Transcanadienne 174
(C.P. 99)
Cumberland, ON, K4C 1E5
Téléphone: 613-833-0207

Courriel: st.faustina.office@gmail.com