

Le présent formulaire résume l'entente de remboursement de créances convenue entre le PAYEUR et GCQ CANADA INC. et confirme l'utilisation de débits préautorisés (DPA) pour effectuer ce remboursement.

Écrire en lettres moulées

| Sommaire des créances à rembourser et versements | | |
|--|---|---|
| Nom et prénom du DÉBITEUR : | | Date : |
| Créancier : | Montant dû : | #Dossier : |
| Créancier : | Montant dû : | #Dossier : |
| Créancier : | Montant dû : | #Dossier : |
| Créancier : | Montant dû : | #Dossier : |
| TOTAL du remboursement convenu : \$ _____. | | Date du premier (ou unique) DPA : |
| Prélèvements périodiques à la fréquence et au montant fixe de : | | <input type="checkbox"/> Prélèvement unique, montant total de \$ _____. |
| <input type="checkbox"/> hebdomadaire \$ _____ | <input type="checkbox"/> aux deux semaines \$ _____ | <input type="checkbox"/> bimensuelle \$ _____ |
| <input type="checkbox"/> mensuelle \$ _____. | | |
| <input type="checkbox"/> autre \$ _____... préciser l'événement qui définit la fréquence : _____. | | |
| Accord du PAYEUR pour remboursement par débits préautorisés (DPA) | | |
| Coordonnées du PAYEUR | | |
| Nom | | Prénom |
| Adresse postale | | App. |
| Ville | Province | Code postal |
| Tél. rés. : | Cell. : | Courriel : |
| Coordonnées du compte bancaire du PAYEUR | | |
| Les débits préautorisés seront effectués dans le compte bancaire suivant : | | |
| Compte de chèques <input type="checkbox"/> Compte d'épargne <input type="checkbox"/> Type de compte : Personnel <input type="checkbox"/> d'Entreprise <input type="checkbox"/> | | |
| # Institution financière _____ | # Transit _____ | # Compte _____ |
| Institution financière (nom) : _____ | | |
| Institution financière (adresse) : _____ | | |
| <i>** Joindre un spécimen de chèque portant la mention «Annulé» **</i> | | |
| Droits de recours : Vous avez certains droits de recours si un débit n'est pas conforme au présent accord. Par exemple, vous avez le droit de recevoir le remboursement de tout débit qui n'est pas autorisé ou n'est pas compatible avec le présent accord de DPA. Pour plus d'information sur vos droits de recours, communiquez avec votre institution financière ou visitez www.cdnpay.ca . | | |
| Autre modalité : Si un DPA est retourné en raison d'insuffisance de fonds ou d'une autre condition similaire, des frais de 35 \$ seront ajoutés au solde à rembourser. Par contre, GCQ CANADA se réserve le droit, sur une période de 30 jours, de réémettre le DPA ainsi retourné. | | |
| Déclaration du PAYEUR | | |
| Vous, le PAYEUR (s'il s'agit d'une personne morale, ici représenté par son ou ses représentant[s] dûment autorisé[s]) : | | |
| a) autorisez GCQ CANADA INC. à prélever du compte bancaire mentionné ci-dessus, des débits préautorisés périodiques jusqu'au remboursement du montant total identifié dans la rubrique «Sommaire des créances à rembourser», selon les modalités décrites ci-dessus; | | |
| b) reconnaissez que le fait de remettre la présente autorisation à GCQ CANADA INC. équivaut à la remettre à l'institution financière ci-dessus; | | |
| c) accusez réception d'une copie de cette Entente et Accord et vous renoncez à toute autre confirmation avant le premier paiement; | | |
| d) acceptez d'informer GCQ CANADA INC. de tout changement aux présentes dans un délai raisonnable; | | |
| e) pouvez révoquer votre autorisation à tout moment, sur signification d'un préavis de 30 jours, soit par courriel, par fax ou par la poste. Pour obtenir un spécimen de formulaire d'annulation ou pour plus d'information sur votre droit d'annuler un accord de DPA, veuillez communiquer avec votre institution financière ou visiter www.cdnpay.ca . | | |
| _____ | | _____ |
| Date | | Signature du PAYEUR |
| Envoyez le formulaire complété par courriel à dpa@gcqcanada.com , par fax ou par la poste au bureau de Terrebonne (<i>coordonnées ci-dessous</i>) | | |