

Renseignements sur le payeur / Compte à débiter (le « Compte »)Détenanteur du Compte (*Prénom, Nom ou nom de la compagnie*) : _____

Adresse: _____ No. Téléphone : _____

Codétenteur du Compte (*le cas échéant*): _____

Adresse: _____ No. Téléphone : _____

Transit (####): _____ Institution (###): _____ No. Compte: _____

ou compte à ouvrir spécifiquement dans le but de rembourser la Solution de Crédit décrite ci-dessous

Institution financière: _____

Adresse d'institution financière: _____

Renseignements sur le bénéficiaire / compte bancaire à créditer (la « Solution de Crédit »)Institution Financière: **Banque Nationale du Canada**No. Téléphone: **1-866-666-1379**Adresse: **500 place d'Armes 22e Étage, Montréal, QC H2Y 2W3**No. Télécopieur: **1-888-307-2997**Détenanteur de la Solution de Crédit (*Prénom, Nom ou nom de la compagnie*) : _____Transit (####): _____ Institution: **006** No. Solution de Crédit : _____**Autorisations****Montant de débits**

J'autorise l'institution financière du Bénéficiaire à porter un débit au Compte :

 un montant fixe de _____ \$ ou le montant requis pour fermer la Solution de Crédit

ou

 un montant variable afin de couvrir les versements périodiques dû au terme de la convention de crédit pour la Solution de Crédit indiquée ci-haut.

J'autorise également l'institution financière indiquée ci-dessus à débiter le Compte pour couvrir tous les frais d'administration liés.

Fréquence des débits hebdomadaire au deux semaines mensuelle une seule fois autre: _____**Type de DPA :** fins personnelles fins d'entreprise fins de transfert de fonds**Je renonce à recevoir un avis écrit indiquant le montant à porter au débit du Compte et les dates de débits 10 jours avant la date prévue du premier DPA. Je renonce également à recevoir un avis écrit 10 jours avant chaque changement du montant ou des dates des débits à venir.**La présente autorisation peut être révoquée à tout moment sur préavis écrit de 30 jours. Pour obtenir un spécimen de formulaire d'annulation ou pour plus d'informations sur le droit d'annuler cette autorisation, je peux communiquer avec le bénéficiaire ou visiter www.cdnpay.ca.Si un débit n'est pas conforme à la présente autorisation, certains recours sont disponibles. Par exemple, le remboursement de tout débit non autorisé ou non compatible avec la présente autorisation peut être effectué. Pour plus d'informations sur mes recours, je peux communiquer avec le bénéficiaire de la manière indiquée ci-dessus ou visiter www.cdnpay.ca.

Je garantis que toutes les personnes dont les signatures sont requises au Compte ont signé la présente autorisation et consentent à fournir un spécimen de chèque personnel. Je consens à ce que les institutions financières échangent entre elles des renseignements personnels à mon sujet dans le cadre de l'application de cette autorisation.

Signature du Payeur (détenteur du Compte)
ou le représentant autorisé_____
Signature du Payeur (codétenteur du Compte)
ou le représentant autorisé_____
Nom du Payeur ou représentant (en lettres moulées)_____
Nom du Payeur ou représentant (en lettres moulées)_____
Date_____
Date