

## DEMANDE D'ADHÉSION AUX PAIEMENTS PRÉAUTORISÉS - TAXE SCOLAIRE

(Valide pour la facture annuelle seulement)

Bien vouloir compléter ce formulaire et nous le faire parvenir à l'adresse de retour indiquée ci-dessous, par télécopieur ou par courriel **accompagné d'un chèque personnel portant la mention « ANNULÉ »**.

**Adresse de retour** : 1950, boul. Sacré-Cœur, Dolbeau-Mistassini (Québec) G8L 2R3 **Télécopieur** 418 276-5252

**Courriel** : taxes@csspb.gouv.qc.ca

### Autorisation de retrait aux fins d'acquitter mon compte de taxe scolaire annuelle

J'autorise le Centre de services scolaire du Pays-des-Bleuets à effectuer des retraits dans mon compte de chèque détenu à l'institution financière mentionnée ci-dessous et selon les modalités prévues à la présente demande d'adhésion. Le retrait du montant s'effectuera dans mon compte selon les dates prévues des versements. Ceux-ci me seront confirmés lors de la réception du compte de taxe scolaire annuelle. Je peux révoquer mon autorisation à tout moment, sur signification d'un préavis de 10 jours. Un formulaire d'annulation est disponible au [www.cspaysbleuets.qc.ca/taxes-scolaires](http://www.cspaysbleuets.qc.ca/taxes-scolaires) je peux aussi communiquer avec mon institution financière ou consulter le site de l'Association canadienne des paiements à l'adresse [www.cdnpay.ca](http://www.cdnpay.ca)

N° de dossier	Adresse de la propriété
<input type="text"/>	_____
<input type="text"/>	_____
<input type="text"/>	_____

### Conditions

Je conviens que l'autorisation de retrait pourra être majorée sans autre autorisation de ma part pourvu que la CSDPB m'en avise d'abord par écrit. Par ailleurs, je conserve le droit de révoquer en tout temps mon autorisation en avisant par écrit le CSSDPB. Je dégage l'institution financière de toute responsabilité si la révocation n'était pas respectée, à moins qu'il ne s'agisse d'une négligence grave de sa part. J'informerai le CSSDPB par écrit de tout changement aux présentes dans un délai maximum de 10 jours, précédant un paiement préautorisé. J'accepte que l'institution financière où j'ai mon compte ne soit pas tenue de vérifier si le paiement est prélevé conformément à l'autorisation. Je reconnais que le fait de remettre la présente autorisation au CSSDPB équivaut à la remettre à l'institution financière mentionnée ci-dessous.

### Conditions de remboursement

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.

Je comprends que je devrai faire une déclaration écrite à cet effet à mon institution financière dans les 90 jours du retrait. Enfin, je reconnais qu'une demande de remboursement produite après les délais indiqués précédemment devra être réglée entre le CSSDPB et moi, sans responsabilité ni engagement de la part de l'institution financière. Pour obtenir plus d'informations sur mes droits de recours je peux communiquer avec mon institution financière ou visiter [www.cdnpay.ca](http://www.cdnpay.ca)

### Consentement à communication des renseignements

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.

### Titulaire du compte (CARACTÈRES D'IMPRIMERIE)

\_\_\_\_\_

Nom et prénom du (des) titulaire(s)

\_\_\_\_\_

Adresse App. Ville

\_\_\_\_\_

Code postal Numéro de téléphone Courrier électronique

\_\_\_\_\_

Nom de l'institution financière

N° de l'institution

N° de transit

N° de compte

**IMPORTANT** : Si vous changez de compte ou d'institution financière, veuillez en aviser le Centre de services scolaire.

\_\_\_\_\_

Signature du titulaire du compte

\_\_\_\_\_

Signature du second titulaire (s'il y a lieu)

\_\_\_\_\_

Date