



## BÉNÉFICIAIRE

Nom de l'entreprise Fédération des producteurs d'œufs du Québec		
Rue 555, boulevard Roland-Therrien, bureau 320	Ville Longueuil (Québec)	Code postal J4H 4E7
No de téléphone (450) 679-0530	No de télécopieur (450) 679-0855	

Je (nous) reconnais (reconnaissons) que la présente autorisation est donnée au profit du bénéficiaire (identifié ci-dessus) et de mon institution financière en contrepartie de l'accord donné par mon institution financière de traiter des débits sur mon compte conformément aux Règles de l'Association canadienne des paiements.

Je (nous) garantis (garantissons) que toutes les personnes dont les signatures sont requises pour ce compte ont signé l'accord ci-après.

J' (nous) autorise (autorisons) par la présente le bénéficiaire identifié ci-dessus à tirer des effets sur mon (notre) compte bancaire, auprès de mon (notre) institution financière, des montants mensuels et/ou occasionnels pour les prélèvements et autres contributions.

Les paiements mensuels périodiques au montant intégral des services rendus seront portés au débit de mon (notre) compte les lundis dans un intervalle de 4 semaines.

Cette autorisation peut être annulée sur signification d'un avis de ma (notre) part. Je (nous) reconnais (reconnaissons) que, pour révoquer cette autorisation, je (nous) dois (devons) remettre un avis de révocation au bénéficiaire. Ce préavis doit arriver au moins 10 jours ouvrables avant la date prévue du prochain débit à l'adresse indiquée ci-après. Je (nous) peux (pouvons) obtenir un spécimen de formulaire d'annulation, ou plus d'information sur mon (notre) droit d'annuler un DPA du payeur en m'adressant (nous adressant) à mon (notre) institution financière ou en visitant [www.cdnpay.ca](http://www.cdnpay.ca).

Je (nous) reconnais (reconnaissons) que la fourniture et la remise de la présente autorisation au bénéficiaire constitue la remise par moi (nous) à mon (notre) institution financière. Toute remise qui vous serait faite de la présente autorisation constitue une remise par moi (nous).

Je (nous) reconnais (reconnaissons) que la présente autorisation ne concerne que les **prélèvements de la catégorie « entreprise »**, conformément à la règle H4 de l'Association canadienne des paiements.

Dans le cas de prélèvements de la catégorie « entreprise », je (nous) recevrai (recevrons), relativement aux prélèvements de montants fixes, un avis écrit du bénéficiaire quant au montant à débiter et aux dates d'échéances de prélèvements, au moins dix (10) jours civils avant la date d'échéance du premier prélèvement, et cet avis doit être donné chaque fois qu'il y a un changement du montant ou des dates de paiement; ou relativement aux prélèvements de montants variables, un avis écrit du bénéficiaire quant au montant à débiter et aux dates d'échéance des prélèvements, au moins 10 jours civils avant la date d'échéance de chaque prélèvement.

Le compte sur lequel le bénéficiaire est autorisé à tirer des prélèvements est indiqué ci-après. **Un chèque spécimen, le cas échéant, pour ce compte a été marqué « NUL » et est joint à la présente autorisation.** Je (nous) m'engage (nous engageons) à informer le bénéficiaire, par écrit, de tout changement aux renseignements sur le compte qui vous est communiqué dans la présente autorisation avant la prochaine date d'échéance de prélèvement.

## IDENTIFICATION DU PAYEUR

(en lettres moulées)

Madame  Monsieur

Nom		Prénom	
Nom de l'entreprise		No de téléphone (      )	
Rue	Ville	Code postal	



**IDENTIFICATION DE L'INSTITUTION FINANCIÈRE**

Nom de l'institution financière		No de téléphone (       )
No de compte	No de transit	

Je (nous) reconnais (reconnaissons) que mon (notre) institution financière n'est pas tenue de vérifier que le prélèvement a été émis conformément aux détails de l'autorisation de payeur, notamment, mais de façon non exhaustive, en ce qui a trait au montant.

Je (nous) reconnais (reconnaissons) que mon (notre) institution financière n'est pas tenue de vérifier que l'objet du paiement pour lequel le prélèvement a été émis a été atteint par le bénéficiaire comme condition de l'acceptation du prélèvement que le bénéficiaire a émis ou fait émettre sur mon (notre) compte.

La révocation de la présente autorisation ne met pas fin à un contrat pour biens ou services qui existe entre moi (nous) et le bénéficiaire. L'Autorisation de Payeur ne s'applique qu'à la méthode de paiement et n'a par ailleurs aucune incidence sur le contrat pour les biens ou les services échangés. Un prélèvement peut être contesté par moi (nous) dans les conditions suivantes :

- 1- L'autorisation a été révoquée ; ou
- 2- Le préavis n'a pas été reçu ; ou
- 3- Le prélèvement n'a pas été tiré conformément à l'Autorisation de Payeur.

Je (nous) reconnais (reconnaissons) que j'ai (nous avons) certains droits de recours si un débit n'est pas conforme au présent accord. Par exemple, j'ai (nous avons) 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. Pour obtenir un formulaire de demande de remboursement, ou pour plus d'information sur mes (nos) droits de recours, je (nous) peux (pouvons) communiquer avec mon (notre) institution financière ou visitez [www.cdnpay.ca](http://www.cdnpay.ca).

Je (nous) reconnais (reconnaissons) qu'une demande de remboursement fondée sur le fait que l'Autorisation de Payeur a été révoquée, ou sur quelqu'autre motif, est une question à trancher uniquement entre le bénéficiaire et moi-même (nous-mêmes) dans une contestation de prélèvement « d'entreprise ». Je (nous) comprends (comprenons) et j' (nous) accepte (acceptons) le présent plan de prélèvements et désire (désirons) y participer. Je (nous) consens (consentons) à la communication à l'institution financière du bénéficiaire des renseignements personnels qui peuvent être contenus dans la présente autorisation de payeur, dans la mesure où cette communication de renseignements personnels est directement reliée et nécessaire à la bonne application de la Règle H4 de l'Association canadienne de paiements.

\_\_\_\_\_  
Signature (telle qu'elle apparaît sur les chèques)

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Signature (telle qu'elle apparaît sur les chèques)

\_\_\_\_\_  
Date

**POUR RENONCEMENT SEULEMENT : Remplir la partie du bas.**

\* Je (nous) consens (consentons) à renoncer à la réception des avis énoncés ci-dessus en relation avec les prélèvements de la catégorie « entreprise ».

\_\_\_\_\_  
Signature (telle qu'elle apparaît sur les chèques)

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Signature (telle qu'elle apparaît sur les chèques)

\_\_\_\_\_  
Date



## BÉNÉFICIAIRE

Nom de l'entreprise Fédération des producteurs d'œufs du Québec		
Rue 555, boulevard Roland-Therrien, bureau 320	Ville Longueuil (Québec)	Code postal J4H 4E7
No de téléphone (450) 679-0530	No de télécopieur (450) 679-0855	

Je (nous) reconnais (reconnaissons) que la présente autorisation est donnée au profit du bénéficiaire (identifié ci-dessus) et de mon institution financière en contrepartie de l'accord donné par mon institution financière de traiter des débits sur mon compte conformément aux Règles de l'Association canadienne des paiements.

Je (nous) garantis (garantissons) que toutes les personnes dont les signatures sont requises pour ce compte ont signé l'accord ci-après.

J' (nous) autorise (autorisons) par la présente le bénéficiaire identifié ci-dessus à tirer des effets sur mon (notre) compte bancaire, auprès de mon (notre) institution financière, des montants mensuels et/ou occasionnels pour les prélèvements et autres contributions.

Les paiements mensuels périodiques au montant intégral des services rendus seront portés au débit de mon (notre) compte les lundis dans un intervalle de 4 semaines.

Cette autorisation peut être annulée sur signification d'un avis de ma (notre) part. Je (nous) reconnais (reconnaissons) que, pour révoquer cette autorisation, je (nous) dois (devons) remettre un avis de révocation au bénéficiaire. Ce préavis doit arriver au moins 10 jours ouvrables avant la date prévue du prochain débit à l'adresse indiquée ci-après. Je (nous) peux (pouvons) obtenir un spécimen de formulaire d'annulation, ou plus d'information sur mon (notre) droit d'annuler un DPA du payeur en m'adressant (nous adressant) à mon (notre) institution financière ou en visitant [www.cdnpay.ca](http://www.cdnpay.ca).

Je (nous) reconnais (reconnaissons) que la fourniture et la remise de la présente autorisation au bénéficiaire constitue la remise par moi (nous) à mon (notre) institution financière. Toute remise qui vous serait faite de la présente autorisation constitue une remise par moi (nous).

Je (nous) reconnais (reconnaissons) que la présente autorisation ne concerne que les **prélèvements de la catégorie « entreprise »**, conformément à la règle H4 de l'Association canadienne des paiements.

Dans le cas de prélèvements de la catégorie « entreprise », je (nous) recevrai (recevrons), relativement aux prélèvements de montants fixes, un avis écrit du bénéficiaire quant au montant à débiter et aux dates d'échéances de prélèvements, au moins dix (10) jours civils avant la date d'échéance du premier prélèvement, et cet avis doit être donné chaque fois qu'il y a un changement du montant ou des dates de paiement; ou relativement aux prélèvements de montants variables, un avis écrit du bénéficiaire quant au montant à débiter et aux dates d'échéance des prélèvements, au moins 10 jours civils avant la date d'échéance de chaque prélèvement.

Le compte sur lequel le bénéficiaire est autorisé à tirer des prélèvements est indiqué ci-après. **Un chèque spécimen, le cas échéant, pour ce compte a été marqué « NUL » et est joint à la présente autorisation.** Je (nous) m'engage (nous engageons) à informer le bénéficiaire, par écrit, de tout changement aux renseignements sur le compte qui vous est communiqué dans la présente autorisation avant la prochaine date d'échéance de prélèvement.

## IDENTIFICATION DU PAYEUR

(en lettres moulées)

Madame  Monsieur

Nom		Prénom	
Nom de l'entreprise		No de téléphone ( )	
Rue	Ville		Code postal

555, boul. Roland-Therrien, bureau 320  
Longueuil (Québec) J4H 4E7  
Téléphone : 450 679-0530 ; Télécopieur : 450 679-0855

**COPIE À CONSERVER PAR LE PRODUCTEUR**



**IDENTIFICATION DE L'INSTITUTION FINANCIÈRE**

Nom de l'institution financière		No de téléphone (       )
No de compte	No de transit	

Je (nous) reconnais (reconnaissons) que mon (notre) institution financière n'est pas tenue de vérifier que le prélèvement a été émis conformément aux détails de l'autorisation de payeur, notamment, mais de façon non exhaustive, en ce qui a trait au montant.

Je (nous) reconnais (reconnaissons) que mon (notre) institution financière n'est pas tenue de vérifier que l'objet du paiement pour lequel le prélèvement a été émis a été atteint par le bénéficiaire comme condition de l'acceptation du prélèvement que le bénéficiaire a émis ou fait émettre sur mon (notre) compte.

La révocation de la présente autorisation ne met pas fin à un contrat pour biens ou services qui existe entre moi (nous) et le bénéficiaire. L'Autorisation de Payeur ne s'applique qu'à la méthode de paiement et n'a par ailleurs aucune incidence sur le contrat pour les biens ou les services échangés. Un prélèvement peut être contesté par moi (nous) dans les conditions suivantes :

- 1- L'autorisation a été révoquée ; ou
- 2- Le préavis n'a pas été reçu ; ou
- 3- Le prélèvement n'a pas été tiré conformément à l'Autorisation de Payeur.

Je (nous) reconnais (reconnaissons) que j'ai (nous avons) certains droits de recours si un débit n'est pas conforme au présent accord. Par exemple, j'ai (nous avons) 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. Pour obtenir un formulaire de demande de remboursement, ou pour plus d'information sur mes (nos) droits de recours, je (nous) peux (pouvons) communiquer avec mon (notre) institution financière ou visitez [www.cdnpay.ca](http://www.cdnpay.ca).

Je (nous) reconnais (reconnaissons) qu'une demande de remboursement fondée sur le fait que l'Autorisation de Payeur a été révoquée, ou sur quelqu'autre motif, est une question à trancher uniquement entre le bénéficiaire et moi-même (nous-mêmes) dans une contestation de prélèvement « d'entreprise ». Je (nous) comprends (comprenons) et j' (nous) accepte (acceptons) le présent plan de prélèvements et désire (désirons) y participer. Je (nous) consens (consentons) à la communication à l'institution financière du bénéficiaire des renseignements personnels qui peuvent être contenus dans la présente autorisation de payeur, dans la mesure où cette communication de renseignements personnels est directement reliée et nécessaire à la bonne application de la Règle H4 de l'Association canadienne de paiements.

\_\_\_\_\_  
Signature (telle qu'elle apparaît sur les chèques)

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Signature (telle qu'elle apparaît sur les chèques)

\_\_\_\_\_  
Date

**POUR RENONCEMENT SEULEMENT : Remplir la partie du bas.**

\* Je (nous) consens (consentons) à renoncer à la réception des avis énoncés ci-dessus en relation avec les prélèvements de la catégorie « entreprise ».

\_\_\_\_\_  
Signature (telle qu'elle apparaît sur les chèques)

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Signature (telle qu'elle apparaît sur les chèques)

\_\_\_\_\_  
Date