Centre de services scolaire de la Région-de-Sherbrooke
Québec

DEMANDE D'ADHÉSION AUX PAIEMENTS PRÉAUTORISÉS

Prière de faire parvenir cette demande dûment signée par courriel à operationtaxe@cssrs.gouv.qc.ca OU veuillez faire parvenir l'original de la présente par la poste au CSSRS, secteur de la taxe scolaire au : 2955 boul. de l'Université, Sherbrooke (QC) J1K 2Y3., **accompagné d'un chèque personnel portant la mention « ANNULÉ »** pour éviter toute erreur de transcription.

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

J'autorise le Centre de services scolaire de la Région-de-Sherbrooke (CSSRS) à effectuer des retraits dans mon compte 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**. Pour obtenir un formulaire d'annulation ou pour plus d'information sur mon droit d'annuler un Accord de DPA Personnel/Entreprise, je peux communiquer avec mon institution financière ou consulter le site de l'Association canadienne des paiements à l'adresse www.cdnpay.ca.

☐ personnel / particulier ☐ d'entreprise

Conditions

Je conviens que l'autorisation de retrait pourra être majorée sans autre autorisation de ma part pourvu que le CSSRS 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 CSSRS. 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 CSSRS par écrit de tout changement aux présentes dans un délai maximum de 10 jours, précédant un paiement pré autorisé. 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 CSSRS équivaut à la remettre à l'institution financière mentionnée ci-dessous.

Conditions de remboursement

L'institution financière me remboursera, au nom du CSSRS, les montants retirés par erreur dans les 90 jours du retrait, pour l'une ou l'autre des raisons suivantes :

A) Je n'ai jamais donné l'autorisation écrite au CSSRS.
B) Le retrait n'a pas été effectué conformément à mon autorisation.
C) Mon autorisation a été révoquée.
D) Le retrait a été fait au mauvais compte en raison d'une erreur du CSSRS.

Je comprends que je devrai faire une déclaration écrite à cet effet à mon institution financière qu'elle me fournira. Enfin, je reconnais qu'une demande de remboursement produite après les délais indiqués précédemment devra être réglée entre le CSSRS et moi, sans responsabilité ni engagement de la part de l'institution financière. Pour obtenir plus d'information sur mes droits de recours, je peux communiquer avec mon institution financière ou visiter www.cdnpay.ca.

Consentement à la communication des renseignements

Je consens à ce que les renseignements contenus dans ma demande d'adhésion au retrait direct 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 pré autorisé.

Titulaire du compte

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____ App.# : _____ Ville : _____

Code postal : _____ N° de téléphone : _____

Institution

Nom de l'institution financière : _____

N° de l'institution | N° de transit | N° de compte

*** Il est de votre responsabilité d'informer le CSSRS : 1 - Dans le cas d'un déménagement 2 - Dans le cas d'un changement d'institution financière**

Par : _____
Signature du titulaire du compte

Par : _____
Signature du cotitulaire
(s'il s'agit d'un compte conjoint pour lequel deux signatures sont requises)

Date : _____

Propriété (voir coupon de remise) _____
Adresse

No de matricule **No de dossier**