

| TITULAIRE DU COMPTE | |
|------------------------------|---------------------|
| Nom : _____ | Prénom : _____ |
| Rue : _____ | |
| Ville : _____ | Code postal : _____ |
| Adresse électronique : _____ | Téléphone : _____ |

| INSTITUTION FINANCIÈRE | | | ORGANISME BÉNÉFICIAIRE | |
|------------------------|-------------|------------------------|---|--|
| Nom de l'institution | | | Nom de l'organisme UQAC – CAMPAGNE MAJEURE DE DÉVELOPPEMENT | |
| Rue | | | Rue 555, boulevard de l'Université | |
| Ville | Code postal | Ville | Code postal | |
| | | Chicoutimi (QC) | G7H 2B1 | |
| # institution | # transit | # compte : | Téléphone 418-545-5011 / 1-800-463-9880 | |

Autorisation de retrait Modification Annulation

Je soussigné(e), autorise l'organisme bénéficiaire à effectuer des retraits périodiques, dans le compte mentionné ci-haut, à la fréquence suivante :

Hebdomadaire Aux deux (2) semaines Bimensuelle
 Mensuelle Autres Précisez : _____

Chaque retrait correspondra à la somme de _____ \$, chaque _____ (jour) de chaque _____ mois semaine
jusqu'à un maximum de _____ versements, pour un total de _____ \$

Je conviens que ce montant pourra être majoré sans autre autorisation de ma part pourvu que l'organisme m'en avise d'abord par écrit au moins 30 jours avant la majoration. Par ailleurs, je conserve le droit de révoquer en tout temps mon autorisation en avisant par écrit l'organisme dans un délai raisonnable. Je dégage l'institution financière de toute responsabilité si la révocation n'était pas respectée, à moins qu'il s'agisse d'une négligence grave de sa part.

J'informerai l'organisme par écrit de tout changement aux présentes.

Je conviens que l'institution financière où j'ai mon compte n'est pas tenue de vérifier que le paiement est prélevé conformément à l'autorisation.

Je reconnais que le fait de remettre la présente autorisation à l'organisme bénéficiaire équivaut à la remettre à l'institution financière indiquée plus haut.

REMBOURSEMENT

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

- Je n'ai pas donné l'autorisation écrite à l'organisme
- Le retrait n'a pas été effectué conformément à mon autorisation
- Mon autorisation a été révoquée
- Le retrait a été fait au mauvais compte en raison d'une erreur de l'organisme

Je comprends que je devrai faire une déclaration écrite à cet effet à mon institution financière sur le formulaire qu'elle me fournira.

Par : _____ ce _____ jour de _____ 20____
 signature du titulaire du compte

Par : _____ ce _____ jour de _____ 20____
 signature du second titulaire

(s'il s'agit d'un compte conjoint pour lequel deux signatures sont requises)

NOM DE LA PERSONNE QUI COMPLÈTE CE FORMULAIRE : _____