

RETRAIT PRÉAUTORISÉ EBETM

Église Baptiste Évangélique Terrebonne-Mascouche (EBETM), 693, ch. des Anglais, Mascouche, Qc, J7L 3R5 - 450-477-5052



I. RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

M. Mme Mlle Prénom _____ Nom _____
Adresse _____ Ville _____ Prov. _____ C.P. _____
Tél. (____) _____

2. DÉSIGNATION

EBETM _____ \$ mensuel (montant fixe) Modification du montant Annulation du prélèvement
_____ \$ bimensuel No du donateur: _____
Date du prélèvement mensuel 1^{er} OU / ET 15^e
Début des prélèvements (mois et année) _____ Don désigné à: Fond général Fond SEF

3. DÉBIT PRÉAUTORISÉ

J'autorise mon établissement financier à prélever mensuellement sur mon compte le montant indiqué au verso de ce formulaire pour le payer à EBETM.
Je comprends que ce prélèvement se fera jusqu'à ce que j'avise EBETM du contraire.

Signature _____ Date de la signature _____

Je joins à ce formulaire un premier don par chèque ou un spécimen de chèque annulé afin de transmettre mes coordonnées bancaires.

RENSEIGNEMENTS IMPORTANTS

Je reconnais que le formulaire autorisant le débit préautorisé équivaut à un chèque signé libellé au nom d'EBETM. Cette entente demeure en vigueur jusqu'à ce que j'avise mon établissement financier ou EBETM dans un délai raisonnable de mon intention de l'annuler.

Je reconnais aussi que mon établissement financier ou EBETM sont responsables de me signaler régulièrement toutes les transactions effectuées sur mon compte. Je communiquerai directement avec EBETM pour la rectification de toute erreur de débit.

Vous avez certains droits de recours si un débit n'est pas conforme à ces conditions. Par exemple, vous avez le droit de recevoir le remboursement de tout DPA qui n'est pas autorisé ou n'est pas compatible avec le présent Accord de DPA. Pour obtenir plus d'information sur vos droits de recours, communiquez avec votre institution financière ou visitez www.cdnpay.ca.

RETRAIT PRÉAUTORISÉ EBETM

Église Baptiste Évangélique Terrebonne-Mascouche (EBETM), 693, ch. des Anglais, Mascouche, Qc, J7L 3R5 - 450-477-5052



I. RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

M. Mme Mlle Prénom _____ Nom _____
Adresse _____ Ville _____ Prov. _____ C.P. _____
Tél. (____) _____

2. DÉSIGNATION

EBETM _____ \$ mensuel (montant fixe) Modification du montant Annulation du prélèvement
_____ \$ bimensuel No du donateur: _____
Date du prélèvement mensuel 1^{er} OU / ET 15^e
Début des prélèvements (mois et année) _____ Don désigné à: Fond général Fond SEF

3. DÉBIT PRÉAUTORISÉ

J'autorise mon établissement financier à prélever mensuellement sur mon compte le montant indiqué au verso de ce formulaire pour le payer à EBETM.
Je comprends que ce prélèvement se fera jusqu'à ce que j'avise EBETM du contraire.

Signature _____ Date de la signature _____

Je joins à ce formulaire un premier don par chèque ou un spécimen de chèque annulé afin de transmettre mes coordonnées bancaires.

RENSEIGNEMENTS IMPORTANTS

Je reconnais que le formulaire autorisant le débit préautorisé équivaut à un chèque signé libellé au nom d'EBETM. Cette entente demeure en vigueur jusqu'à ce que j'avise mon établissement financier ou EBETM dans un délai raisonnable de mon intention de l'annuler.

Je reconnais aussi que mon établissement financier ou EBETM sont responsables de me signaler régulièrement toutes les transactions effectuées sur mon compte. Je communiquerai directement avec EBETM pour la rectification de toute erreur de débit.

Vous avez certains droits de recours si un débit n'est pas conforme à ces conditions. Par exemple, vous avez le droit de recevoir le remboursement de tout DPA qui n'est pas autorisé ou n'est pas compatible avec le présent Accord de DPA. Pour obtenir plus d'information sur vos droits de recours, communiquez avec votre institution financière ou visitez www.cdnpay.ca.