

Municipalité de Nipissing Ouest

MENSUEL OU DATE D'ÉCHÉANCE

Veillez remplir la convention de régime de débits préautorisés (DPA) ci-après.

J'autorise/Nous autorisons le département "Municipalité de Nipissing Ouest" et l'institution financière désignée (ou toute autre institution financière que je pourrais/nous pourrions autoriser à tout moment) à commencer à déduire selon mes/nos instructions pour « 12 paiements débutant le mois de janvier à décembre ou aux dates d'échéance (quatre versements) » pour le règlement de tous les montants portés au débit de mon/notre ou mes/nos comptes avec "Municipalité de Nipissing Ouest". Les paiements du montant total de facture(s) seront portés au débit de mon/notre compte à la date d'échéance de la/des facture(s). Le département "Municipalité de Nipissing Ouest" donnera 10 jours de préavis écrit du montant de chaque débit. Le département "Municipalité de Nipissing Ouest" obtiendra mon/notre autorisation pour tout autre débit.

Cette autorisation demeure en vigueur jusqu'à ce que le département "Municipalité de Nipissing Ouest" ait reçu de ma/notre part un préavis de sa modification ou de sa résiliation (signature requise au bas du formulaire). Ce préavis doit arriver au moins 10 jours ouvrables avant la date prévue du prochain débit à l'adresse indiquée ci-après. Cet accord sera également considéré nul au moment de la vente de la propriété.

"Municipalité de Nipissing Ouest" ne peut céder la présente autorisation, ni directement, par application à la loi, changement de contrôle ou autrement, sans me/nous donner au moins 10 jours de préavis écrit.

« 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. »

INFORMATION (en caractères d'imprimerie)

DATE: _____

Nom(s): _____

Numéro de rôle avec La Municipalité de Nipissing-Ouest

#

Adresse: _____

Type de service: Personnel _____ Entreprise _____

Ville: _____

Province: _____ Code postal: _____

Téléphone(s): Résidence: _____

Bureau/travail: _____

Institution financière (FI):

Note: Please attach a VOID cheque - required

(en caractères d'imprimerie)

Numéro de compte de l'IF: _____

Numéro de transit de l'IF: _____

(succursale-5 digits; IF - 3 digits)

Adresse de l'IF: _____

Ville: _____

Province: _____ Code postal: _____

Signature(s) autorisés(es): _____

Annulation du DPA, autorisé par: _____ (en caractères d'imprimerie)

DATE: _____ SIGNATURE(S): _____



Municipalité de Nipissing Ouest
Att.: département d'impositions
225 rue Holditch, Unité 101
Sturgeon Falls, Ontario P2B 1T1
Tel.: 705-753-2250 Fax: 705-753-3950
[site web: www.westnipissing.ca](http://www.westnipissing.ca)