

ADHÉSION AU DÉBIT PRÉAUTORISÉ (DPA)
ACCORD DE DPA DU PAYEUR

Réservé à l'administration	Dossier N°:
	Installation N°:

Titulaire(s)

Nom et prénom du (des) titulaire(s)	N° de téléphone
Adresse du (des) titulaire(s) (rue, ville, province)	Code postal

Institution financière

Nom de l'institution financière où le compte est détenu	N° de l'institution	N° de transit	N° de compte (avec chiffre vérificateur)

IMPORTANT :
Joindre un chèque personnel portant la mention « **ANNULÉ** » pour éviter toute erreur de transcription.
Si vous changez de compte ou d'institution financière, veuillez en aviser l'organisme bénéficiaire le plus rapidement possible.

Organisme bénéficiaire – Information de contact

Nom de l'organisme CIUSSS du Centre-Sud de l'Île de Montréal	Représentant de l'organisme bénéficiaire (en lettres moulées)	
Adresse du siège social 1560 Sherbrooke Est (Pav. JA DeSève YR 1621), Montréal (Québec) Adresse du port d'attache Sud-Ouest Verdun 5205 rue Notre-Dame O, Montréal (Québec)	Code postal H2L 4M1 H4C 3L2	Téléphone (514) 413-8888 (514) 413-8888

Autorisation de retrait

Je, soussigné(e) (s'il s'agit d'une personne morale, ici représentée par son ou ses représentant[s] dûment autorisé[s]), autorise l'organisme bénéficiaire à effectuer des débits préautorisés mensuellement dans mon compte à l'institution financière désignée ci-dessus, le tout constituant un DPA personnel. Chaque retrait correspondra à un montant établi par la RAMQ selon le type de chambre occupé, lequel pourra être majoré sans autre autorisation de ma part, conformément aux avis de décision émis par la *Direction de la contribution et de l'aide financières (RAMQ)*, pourvu que l'organisme bénéficiaire me transmette un avis écrit au moins 10 jours avant la date d'échéance du paiement. Le prélèvement se fera le **1^{er} de chaque mois** et ce, à compter du mois de l'admission. Un retrait fixe de sera prélevé pour la fiducie, pourvu que l'organisme bénéficiaire me transmette un avis écrit au moins 10 jours avant la date d'échéance du paiement. Le prélèvement se fera le **1^{er} de chaque mois**.

- Renonciation :**
- Je renonce à recevoir l'avis écrit de 10 jours mentionné ci-dessus.
 - J'accuse réception d'une copie de cet Accord de DPA et je renonce à toute autre confirmation avant le premier paiement.

Changement ou annulation :
J'informerai l'organisme bénéficiaire par écrit et ce, dans un délai de 15 jours civils précédents le DPA ci-haut mentionné, de tout changement aux présentes.
Je peux révoquer mon autorisation à tout moment, sur signification d'un préavis d'un maximum de 30 jours civils. Pour obtenir un spécimen de formulaire d'annulation ou pour plus d'information sur mon droit d'annuler un Accord de DPA, je peux communiquer avec mon institution financière, consulter le site de l'Association canadienne des paiements à l'adresse www.cdnpay.ca ou m'adresser directement au représentant de l'organisme bénéficiaire. 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.
Je conviens que l'institution financière, où j'ai mon compte, n'est pas tenue de vérifier que le paiement est prélevé conformément à mon autorisation. J'atteste, de plus, que toutes les personnes dont les signatures sont nécessaires pour le fonctionnement du compte identifié ci-dessus ont signé la présente autorisation.
Je reconnais que le fait de remettre la présente autorisation à l'organisme bénéficiaire équivaut à la remettre à l'institution financière indiquée ci-dessus.

Remboursement

J'ai certains droits de recours si un débit n'est pas conforme au présent Accord. Par exemple, j'ai 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 plus d'information sur mes droits de recours, je peux communiquer avec mon institution financière ou visiter www.cdnpay.ca.

L'institution financière me remboursera, au nom de l'organisme, les montants retirés par erreur dans les 90 jours civils du retrait pour un DPA personnel, dans la mesure où le remboursement est demandé pour une raison admissible.

Je comprends que je devrai faire une demande à cet effet à mon institution financière selon la procédure qu'elle me fournira.

Enfin, je reconnais qu'une demande de remboursement produite après les délais indiqués précédemment devra être réglée entre l'organisme et moi, sans responsabilité ni engagement de la part de l'institution financière.

Consentement à la communication de renseignements

Je consens à ce que les renseignements contenus dans ma demande d'adhésion au débit préautorisé 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 préautorisés.	
Signature du (des) titulaire(s) / représentant (s)	
Signature du titulaire du compte / représentant	Date (jj/mm/aaaa)
Signature du second titulaire / représentant (s'il s'agit d'un pour lequel deux signatures sont requises)	Date (jj/mm/aaaa)
Signature de l'organisme bénéficiaire	
Signature du représentant de l'organisme bénéficiaire	Date (jj/mm/aaaa)