

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

J'autorise/Nous autorisons Groupe Solution Collect et l'institution financière désignée (ou toute autre institution financière que je pourrais/nous pourrions autoriser à tout moment) à commencer à déduire la somme de \$ _____ pour le règlement de tous les montants portés au débit de mon/notre ou mes/nos comptes avec Groupe Solution Collect. Les paiements mensuels périodiques au montant sus-indiqué seront portés au débit de mon/notre compte le _____ jour de chaque mois. Groupe Solution Collect obtiendra mon/notre autorisation pour tout autre débit ponctuel ou sporadique.

Cette autorisation demeure en vigueur jusqu'à ce que Groupe Solution Collect ait reçu de ma/notre part un préavis de sa modification ou de sa résiliation. Ce préavis doit arriver au moins 10 jours ouvrables avant la date prévue du prochain débit à l'adresse indiquée ci-après. Je peux/Nous pouvons obtenir un spécimen de formulaire d'annulation, ou plus d'information sur mon/notre droit d'annuler un DPA du payeur en m'adressant/nous adressant à mon/notre institution financière ou en visitant www.cdnpay.ca

Groupe Solution Collect ne peut céder la présente autorisation, ni directement ni indirectement, par application de 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. Pour obtenir un formulaire de demande de remboursement, ou pour plus d'information sur mes/nos droits de recours, je/nous peux/pouvons communiquer avec mon/notre institution financière ou visiter www.cdnpay.ca »

1. Coordonnées du client (imprimer clairement)

Nom : _____ # Compte GSC _____

Adresse postale : _____

Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____

Numéro de téléphone : _____

2. Renseignements sur le compte bancaire (imprimer clairement)

Type de service : Personnel Entreprise

N° de compte : _____ N° de transit : _____ N° d'institution : _____

Adresse postale : _____

Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____

Signature du titulaire du compte : _____

Commentaire ou autre entente de paiement :

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |

Une fois le formulaire rempli, vous pouvez l'envoyer soit par courriel, par télécopieur ou par la poste à:

Groupe Solution Collect
202-560 Henri-Bourassa Ouest
Montréal (Québec) H3L 1P4
Tel : 1-888-531-1074 Fax : 1-866-716-4899
Posting@groupecs.com