



Câblodistribution Sainte-Catherine/Fossambault

Tél. : (418) 875-1118

Télécopieur : (418) 875-1971

gestion@coopscsf.com

ADHÉSION AU PAIEMENT PAR CARTE DE CRÉDIT

Identification du client

N° du client : _____

Nom du (des) titulaire(s) :

Adresse:

N° de téléphone : _____

Identification de l'organisme bénéficiaire

Coopérative de Câblodistribution Ste-Catherine – Fossambault

130, rue Désiré-Juneau

Ste-Catherine-de-la-Jacques-Cartier (QC) G3N 2X3

Téléphone : (418) 875-1118

Télécopieur : (418) 875-1971

Autorisation du retrait

Je, soussigné(e), autorise l'organisme bénéficiaire à effectuer des paiements mensuels avec ma carte de crédit, identifiée au verso de ce formulaire, en vertu des conditions suivantes :

Montants correspondants la somme de _____ \$

Pour le(s) service(s) suivant(s) : _____

À compter du 1^{er} _____.

Je, soussigné(e), déclare avoir pris connaissance des présentes, des termes et conditions stipulés au verso, m'en déclare satisfait.

Signature du (des) titulaire(s) du compte

Date

Identification du client

N° du client : _____

Nom du client : _____

Identification de la carte de crédit

AMERICAN EXPRESS _____

MASTER CARD _____

VISA _____

EXPIRATION : ____/____

Conditions

Je conviens dès à présent que ce montant pourra être augmenté sans autorisation additionnelle de ma part sur avis écrit préalable de l'organisme à cet effet. Par ailleurs, advenant mon désaccord sur le montant du retrait ou sur toute autre condition décrite dans les présentes, je conserve le droit de révoquer la présente autorisation par un avis écrit transmis à l'organisme et dégage l'institution financière de toute responsabilité en cas de non-respect de la révocation, à moins de négligence 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 tiré 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

Les effets débités par erreur me seront remboursés par mon institution financière dans les 90 jours pour l'une ou l'autre des raisons suivantes :

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

Je comprends qu'une déclaration écrite à cet effet doit être donnée à mon institution financière sur le formulaire qui me sera fourni par celle-ci.

ENVOYER