

**ADHÉSION AU DÉBIT
PRÉAUTORISÉ ACCORD DE
DPA DU PAYEUR**

Titulaire(s) et coordonnées du compte

Nom et prénom du (des) titulaire(s)			N° de téléphone
Adresse (rue, ville, province)			Code postal
Nom de l'institution financière où est détenu le compte	N° de l'institution	N° de transit	N° de compte (avec chiffre vérificateur)

Organisme bénéficiaire – Information de contact

Nom de l'organisme Fabrique de la Paroisse St-Joseph	A/S ou courriel	
Adresse (rue, ville, province) 245, boul. St-Joseph, Gatineau QC	Code postal J8Y 3X5	Téléphone (819) 771-7454

Autorisation de retrait

Je, soussigné (e), autorise l'organisme bénéficiaire à effectuer des débits préautorisés (DPA) dans mon compte bancaire à l'institution financière désignée ci-dessus, à la fréquence et aux montants suivants :

- Hebdomadaires _____ \$
- Mensuels _____ \$
- Annuels _____ \$

Le montant inscrit ci-dessus est réparti aux comptes suivants :

- Quête régulière : _____ \$
- Dîme : _____ \$
- Autres comptes : _____ \$

Date du début du retrait préautorisé : _____

J'informerai l'organisme bénéficiaire, dans un délai raisonnable, de tout changement aux présentes.

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.

Signature du ou des titulaires

_____ Signature du titulaire du compte	_____ Date (jj/mm/aaaa)
_____ Signature du second titulaire (s'il s'agit d'un pour lequel deux signatures sont requises)	_____ Date (jj/mm/aaaa)

1