

Formulaire d'adhésion au retrait direct

| Titulaire(s) du compte | | |
|---|-------------|---|
| Nom et prénom du (des) titulaire(s) | | No de téléphone |
| Adresse | | |
| Ville, province | | Code postal |
| Institution financière | | Organisme bénéficiaire |
| Nom de l'institution | | Nom de l'organisme |
| No de l'institution | | Société d'habitation et de développement de Montréal |
| No de transit | | No de téléphone 514 380-7436 |
| Adresse | | Adresse |
| | | 800, boul. De Maisonneuve Est, bureau 2200 |
| Ville, province | Code postal | Ville, province Montréal (Québec) |
| | | Code postal H2L 4L8 |
| Autorisation de retrait | | |
| Je soussigné(e), autorise l'organisme bénéficiaire à effectuer des retraits dans mon compte no _____, détenu à l'institution financière, à la fréquence suivante : | | |
| <input type="checkbox"/> mensuelle, le 1 ^{er} jour de chaque mois, pour le service de location mensuelle d'un logement. | | |
| <input type="checkbox"/> Chaque retrait correspondra à un montant fixe de _____ \$, lequel pourra être majoré sans autre autorisation de ma part, pourvu que l'organisme bénéficiaire me transmette un avis écrit dans les délais légaux prévus. | | |
| Par ailleurs, je conserve le droit de révoquer en tout temps mon autorisation en avisant par écrit 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. | | |
| J'informerai l'organisme bénéficiaire, par écrit et dans un délai raisonnable, 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 prélevé conformément à mon autorisation. | | |
| Je reconnaissais que le fait de remettre la présente autorisation à l'organisme bénéficiaire équivaut à la remettre à l'institution financière indiquée plus haut. | | |
| Remboursement | | Consentement à la communication de renseignements |
| L'institution financière me remboursera, au nom de l'organisme, les montants retirés par erreur dans les 90 jours du retrait pour un titulaire particulier et dans les 10 jours du retrait pour un titulaire entreprise, dans la mesure où le remboursement est demandé pour l'une ou l'autre des raisons suivantes : | | Je consens à ce que les renseignements contenus dans ma demande d'adhésion au retrait direct 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. |
| a) le retrait n'a pas été effectué conformément à mon autorisation; b) mon autorisation a été révoquée; c) je n'ai pas reçu l'avis préalable de 10 jours avant la date du retrait. | | |
| Je comprends que je devrai faire une déclaration écrite à cet effet à l'institution financière sur le formulaire qu'elle me fournira. | | |
| Enfin, je reconnaissais qu'une demande de remboursement produite après les délais indiqués précédemment devra être réglée contre l'organisme et moi, sans responsabilité ni engagement de la part de l'institution financière. | | |
| 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. | | |