

FORMULAIRE DE DON

Date : ____/____/____

Nature du don : Général In memoriam En l'honneur Autre / Spécifiez : _____

DON UNIQUE	DON MENSUEL
<p>Montant du don unique :</p> <p><input type="checkbox"/> 100 \$ <input type="checkbox"/> 75 \$ <input type="checkbox"/> 50 \$ <input type="checkbox"/> 25 \$ <input type="checkbox"/> Autre : _____ \$ Spécifiez</p>	<p>Montant du don mensuel :</p> <p><input type="checkbox"/> 50 \$ <input type="checkbox"/> 20 \$ <input type="checkbox"/> 10 \$ <input type="checkbox"/> 5 \$ <input type="checkbox"/> Autre : _____ \$ Veuillez remplir le formulaire d'adhésion au débit préautorisé au verso. Spécifiez</p>

Méthode de paiement :

Afin de réduire nos coûts administratifs, nous vous proposons de faire de prélèvement sur votre compte bancaire plutôt que de porter le montant à votre carte de crédit. De cette façon, nous n'aurions pas à payer de frais aux institutions financières.

<input type="checkbox"/> J'inclus un chèque à l'ordre de La Triade HCT	<input type="checkbox"/> J'inclus un spécimen de chèque avec la mention « annulé ». J'autorise La Triade HCT à prélever le montant indiqué plus haut sur mon compte bancaire le 15 ^e jour de chaque mois
<input type="checkbox"/> Je préfère utiliser ma carte de crédit	<input type="checkbox"/> J'autorise La Triade HCT à prélever le montant indiqué plus haut sur ma carte de crédit le 15 ^e jour de chaque mois.

Information pour la carte de crédit

VISA MasterCard AmericanExpress
 Nom sur la carte : _____
 No. de la carte : _____
 Date d'expiration : ____/____ (AA/MM)
 Signature : _____

Information du donateur pour le reçu fiscal

Français Anglais / Monsieur Madame
 Nom : _____
 Adresse : _____
 Ville : _____ Province : _____
 Code postal : _____ Téléphone : _____
 Courriel : _____

Pour des fins de statistiques seulement pourriez-vous indiquer l'année de naissance du donateur ?

* Pour communiquer avec vous s'il y a problème avec la carte de crédit

Dans le cas de don collectif, il nous faut la liste de tous les donateurs pour émettre un reçu à chacun.

Un reçu fiscal automatiquement émis pour tout don égal ou supérieur à 10 \$, veuillez en faire la demande pour tout autre montant. Numéros d'enregistrement 830590501R0001
Envoyez ce formulaire par télécopieur (514) 368-3641 ou par la poste à votre bureau régional ou à :
La Triade HCT
8593 rue centrale,
LaSalle (Québec) H8P1N3
(514) 368-3640 www.latriade.ca



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 La Triade HCT		A/S ou courriel www.latriade.ca	
Adresse (rue, ville, province) 8593 rue centrale, LaSalle (Québec)	Code postal H8P1N3	Téléphone (514) 368-3640	

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 La Triade HCT à prélever le montant fixe indiqué au verso sur mon compte bancaire le 15^e jour de chaque mois.

Le tout constituant un DPA personnel d'entreprise

Renonciation :

Je renonce à recevoir un avis écrit confirmant des changements pour ce débit.

J'accuse réception d'une copie de cet Accord et je renonce à toute autre confirmation avant le premier paiement.

Changement ou annulation :

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

Je peux révoquer mon autorisation à tout moment, sur signification d'un préavis 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 ou consulter le site de l'Association canadienne des paiements à l'adresse www.cdnpay.ca.

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

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 retrait pour un DPA personnel et dans les 10 jours ouvrables du retrait pour un DPA d'entreprise, 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. 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 ou des titulaires

Signature du titulaire du compte

Date (jj/mm/aaaa)

Signature du second titulaire

Date (jj/mm/aaaa)

s'il s'agit d'un pour lequel deux signatures sont requises)

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.