CE FORMULAIRE EST RÉSERVÉ À L'USAGE INTERNE SEULEMENT

No contrat

ACCORD DE DPA
Débits préautorisés

UNE COMPAGNIE DE SÉCURITÉ **STANLEY**

ÉCRIRE LISIBLEMENT S.V.P.

1. COORDONNÉES DU CLIENT

Nom : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Province : _____ CP : _____

Téléphone : _____ Cellulaire : _____

2. RENSEIGNEMENT SUR LE COMPTE BANCAIRE (JOINDRE UN CHÈQUE SPECIMEN)

No. de compte de dépôt : | | | | | | | | | | |

No. de transit de la succursale : | | | | | |

No. de l'institution financière | | | |

☐ Compte de chèque : ☐ Compte d'épargne

Nom de l'institution : _____

Adresse de la succursale : _____

JOINDRE UN CHÈQUE SPECIMEN

3. DÉTAIL DU DÉBIT PRÉAUTORISÉ (DPA)

Vous, le payeur, autorisez PREMIÈRE SOCIÉTÉ EN COMMANDITE NATIONALE ALARMCAP (ci-après appelé ALARMCAP) à porter au débit du compte bancaire sus-indiqué la somme de _____$ chaque fois que la valeur des services que vous avez achetés, y compris les taxes applicables, atteint ce montant, pour le contrat # _____

Ces services sont pour utilisation (*cocher une mention*) : ☐ personnelle ☐ d'affaires

Vous, le payeur, pouvez révoquer votre autorisation à tout moment, sur signification d'un préavis de 30 jours. Pour obtenir un spécimen de formulaire d'annulation, ou pour plus d'information sur votre droit d'annuler un accord de DPA, communiquer avec votre institution financière ou visitez ***www.cdnpay.ca***. Le payeur est conscient que la résiliation du présent accord de DPA n'a pas le moindre effet à l'égard du contrat pour biens ou services intervenu entre le payeur et ALARMCAP.

_____ _____

Signature du titulaire du compte *Signature du titulaire conjoint du compte (s'il y a lieu)*

_____ _____

Nom en caractères d'imprimerie *Nom en caractères d'imprimerie*

Date : _____ Date : _____

Vous avez certains droits de recours si un débit n'est pas conforme au présent accord. Par exemple, vous avez le droit de recevoir le remboursement de tout débit qui n'est pas autorisé ou n'est pas compatible avec le présent accord de DPA. Pour plus d'information sur vos droits de recours, communiquez avec votre institution financière ou visitez ***www.cdnpay.ca***.

CARTE DE CRÉDIT - SECTION RÉSERVÉE À USAGE RESTREINT

4a. RENSEIGNEMENT SUR LA CARTE DE CRÉDIT (si le **DPA** est à prendre sur une carte de crédit)

☐ VISA
☐ MC
☐ AMEX

| | | | | | | | | | | | | | | | |

Date d'expiration | | | | |

4b. RENSEIGNEMENT SUR LA CARTE DE CRÉDIT (si le paiement des **appareils** est à prendre sur une carte de crédit)

☐ VISA
☐ MC
☐ AMEX

| | | | | | | | | | | | | | | | |

Date d'expiration | | | | |

☐ **DIVISION MONTRÉAL** 8125, boul. du Golf, Anjou (Québec) H1J 0B2 Tél.: 514 382-8827 1-800-382-8827 Téléc.: 514 955-2826

☐ **DIVISION QUÉBEC** 2800, Ave St-Jean-Baptiste, bureau 170, Québec (Québec) G2E 6J5 Tél.: 418 877-2755 1-800-382-8827 Téléc.: 418 864-7951

CEC@sbdinc.com