

L'espoir fait vivre !



FORMULAIRE DE SOUSCRIPTION AUX PRÉLÈVEMENTS AUTOMATIQUES

Identification du/de la donateur (trice)

(veuillez écrire en lettres majuscules)

Nom du/de la donateur (trice) : _____
Adresse : _____ Ville/Prov. : _____
Code postal : _____ Courriel : _____
Téléphone (résidence) : _____ (travail) : _____

Renseignements sur le compte à débiter

(veuillez écrire en lettres majuscules)

Nom **complet** de l'institution financière : _____
No de téléphone de l'institution financière : _____
No de transit : _____
No de folio : _____
Montant à prélever mensuellement : _____ \$
Date du prélèvement (à chaque mois) : _____
Date de début des prélèvements (jour/mois/année) : _____

Nom du fonds à souscrire : Fondation sur les Leucodystrophies - FCGQ

Adresse de retour du formulaire

Fondation sur les leucodystrophies

734, St-Viateur

Québec, Québec

G2L 2R6

Téléphone (418) 806-2968

Télécopieur (866) 421-6846

* SVP. Veuillez joindre un spécimen de chèque à ce formulaire

Autorisation de retrait

L'entreprise, ci-après nommée le « détenteur », par ses représentants soussignés, lesquels se déclarent dûment autorisés, reconnaît que la présente autorisation est donnée au profit de la Fondation sur les leucodystrophies et de l'Institution financière indiquée ci-avant (l'Institution financière) en contrepartie de l'accord donné par ladite institution financière de traiter des débits sur le compte du détenteur conformément aux Règles de l'Association canadienne des paiements. Le détenteur permet à la Fondation d'effectuer mensuellement, à la date indiquée, un prélèvement sur le compte à l'Institution financière, selon les instructions paraissant ci-dessous.

Le détenteur devra s'assurer que le montant du retrait est disponible dans son compte. La présente autorisation sera automatiquement révoquée par un préavis qui sera parvenu à la Fondation au moins 10 jours ouvrables avant la date de prélèvement sur le compte. Le détenteur dégage l'Institution financière de toute responsabilité si la révocation n'est pas respectée, à moins qu'il ne mette fin à la présente entente en tout temps, par un simple avis écrit de sa part. Le détenteur reconnaît que le fait de remettre la présente autorisation à la Fondation équivaut à la remettre à l'Institution financière. Le détenteur déclare comprendre et accepter les conditions et modalités d'utilisation du paiement autorisé auquel il adhère par la présente autorisation de retrait.

Donateur

Date

Représentant de la Fondation

Date