

PAYER MON COMPTE DE TAXES

MODES DE PAIEMENT ACCEPTÉS :

- Prélèvement préautorisé (**10 versements du 1 avril 2021 au 1^{er} janvier 2022**).
- **Voir formulaire à compléter au verso.**
- Argent comptant, en vous présentant en personne, à l'hôtel de ville.
- Paiement Internet ACCES D aux dates d'échéance indiquées sur votre compte de taxes.
- Vous pouvez payer votre compte en vous présentant dans la majorité des institutions financières, aux comptoirs de service ou aux guichets automatiques.
- Chèque libellé à l'ordre de la Municipalité de Saint-Victor, aux dates d'échéance indiquées sur votre compte de taxes.

Prélèvement automatique - marche à suivre

Le prélèvement préautorisé vous permet de payer votre compte de taxes municipales en 10 versements sans frais ni intérêt. Les montants seront prélevés directement dans votre compte bancaire à chaque échéance.

Dates d'échéance pour prélèvements préautorisés

- **Le prélèvement préautorisé pour les comptes de taxes de 300\$ et moins sera effectué le 1^{er} avril 2021.**
- **Pour les comptes de taxes de 300\$ et plus, les 10 versements seront prélevés les premiers (1^{er}) de chaque mois, à partir du mois d'avril 2021 jusqu'en janvier 2022.**

Pour adhérer aux prélèvements préautorisés, veuillez remplir le formulaire d'adhésion au paiement préautorisé ci-joint et le retourner **avant le 19 mars 2021**:

*Municipalité de Saint-Victor
287, rue Marchand
Saint-Victor (QC) G0M 2B0
Ou par courriel à : info@st-victor.qc.ca*

IMPORTANT

**Joindre un chèque personnel portant la mention « ANNULÉ »,
pour éviter toute erreur de transcription.**

Notez qu'il est de votre responsabilité d'informer la Municipalité d'un changement d'adresse ou d'une erreur perçue sur votre compte de taxes. Communiquez avec nous au 418 588-6854 et nous apporterons les modifications nécessaires s'il y a lieu.

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 Municipalité de Saint-Victor	A/S ou courriel info@st-victor.qc.ca
Adresse (rue, ville, province) 287 Rue Marchand, Saint-Victor, QC	Code postal G0M 2B0 Téléphone 418-588-6854

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 l'organisme bénéficiaire à effectuer des débits préautorisés (DPA) dans mon compte à l'institution financière désignée ci-dessus, à la fréquence suivante :

hebdomadaire aux deux semaines bimensuelle mensuelle

autre (préciser la mesure ou l'événement qui définit la fréquence) _____

Chaque retrait correspondra :

à un montant variable, lequel me sera communiqué par l'organisme bénéficiaire, par écrit, au moins 10 jours avant la date d'échéance.

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 au moins 10 jours avant la date d'échéance du paiement tel que modifié :

pour le service suivant : _____

le tout constituant un DPA personnel/particulier d'entreprise

Renonciation :

Je renonce à recevoir l'avis écrit de 10 jours mentionné ci-dessus.

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 _____ jours (maximum 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 Paiements Canada à l'adresse <https://www.paiements.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 <https://www.paiements.ca>.

L'institution financière me remboursera, au nom de l'organisme, les montants retirés par erreur dans les 90 jours civils du 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.

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 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 (s'il s'agit d'un pour lequel deux signatures sont requises)	Date (jj/mm/aaaa)

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.