

# Adhésion au don mensuel

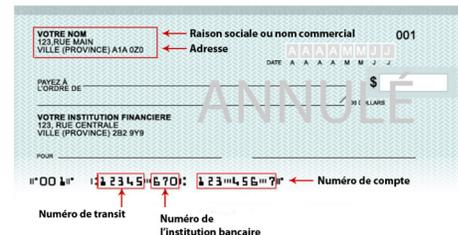
Merci de remplir toutes les sections et de retourner le formulaire à la Fondation

## Titulaire(s) et coordonnées du compte

Nom et prénom du titulaire	N° de téléphone
Adresse (rue, ville, province)	Code postal
Nom de l'institution financière où est détenu le compte	N° de institution
N° de compte (avec chiffre vérificateur)	N° de transit

## Organisme bénéficiaire – Information de contact

Fondation de l'Hôpital du Suroît  
150, rue St-Thomas, Salaberry-de-Valleyfield (Québec) J6T 6C1  
450 377-3667 ou 1 866 210-8623 | info@fondationhds.ca | fondationhds.ca



## Autorisation de retrait

Je, soussigné(e), autorise la Fondation de l'Hôpital du Suroît à effectuer des débits préautorisés (DPA) dans mon compte à l'institution financière désignée ci-dessus, **à tous les mois.**

Chaque retrait correspondra à un montant fixe de \$

## Changement ou annulation :

J'informerai l'organisme bénéficiaire, 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. 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.

## 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. 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.

## Signature du ou des titulaires

Signature du titulaire du compte

Date (jj/mm/aaaa)