

**Bénéficiaire :**

**Alimplus Inc. - Division Estrie**  
**340, route 235**  
**Ange-Gardien-de-Rouville (Québec) J0E 1E0**  
**Tél. : (450) 293-3626**

**Alimplus Inc. - Division Montréal**  
**9701, L.-H. Lafontaine**  
**Anjou (Québec) H1J 2A3**  
**Tél. : (514) 274-5681**

**Autorisation du payeur**

Nous autorisons Alimplus Inc. et l'institution financière désignée (ou toute autre institution financière que nous pourrions autoriser à tout moment) à commencer à déduire des paiements ponctuels occasionnels pour le règlement des montants portés au débit de notre ou nos comptes avec Alimplus. Les paiements au montant des services rendus seront portés au débit de notre compte selon les limites de crédit établies avec les dirigeants de l'entreprise, soit \_\_\_\_\_ jours après la date de facturation. Nous recevrons un préavis de 5 jours sous la forme d'un état de compte nous avisant du montant qui sera débité et de la date du prélèvement.

Nous reconnaissons que la présente autorisation ne concerne que les prélèvements d'entreprise conformément à la règle H1 de l'Association canadienne des paiements.

Cette autorisation demeure en vigueur jusqu'à ce qu'Alimplus Inc. ait reçu de notre part un préavis de sa modification ou de sa résiliation. Ce préavis doit être envoyé à Alimplus Inc. à l'adresse indiquée ci-dessus, et doit être reçu au moins 30 jours ouvrables avant la date du prochain prélèvement. Nous pouvons obtenir un spécimen de formulaire d'annulation, ou plus d'information sur notre droit d'annuler un DPA en nous adressant à notre institution financière ou en visitant le site [www.cdnpay.ca](http://www.cdnpay.ca).

Alimplus ne peut céder la présente autorisation, ni directement ni indirectement, par application de la loi, changement de contrôle ou autrement, sans nous donner un préavis écrit d'au moins 30 jours.

Nous avons certains droits de recours si un prélèvement n'est pas conforme au présent accord. Par exemple, nous avons 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 un formulaire de demande de remboursement, ou pour plus d'information sur nos droits de recours, nous pouvons communiquer avec notre institution financière ou visiter le site [www.cdnpay.ca](http://www.cdnpay.ca).

Nous nous engageons à informer le bénéficiaire, par écrit, de tout changement relatif aux renseignements sur le compte qui lui sont communiqués dans la présente autorisation, et ce, avant la prochaine date de prélèvement.

<b>EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE</b>	<b>DATE :</b> _____
Nom(s) : _____	
Numéro de client avec Alimplus Inc. : _____ Type de service : Personnel ___ Entreprise ___	
Adresse : _____	
Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____	
Téléphone : (bureau) _____ (résidence) _____	

Institution financière : _____	
Adresse de la succursale : _____ Ville : _____	
<b>Numéro de l'institution financière :</b> _____ <b>Numéro de la succursale :</b> _____	
<b>Numéro de votre Compte :</b> _____	
<small>Le particulier, la société de personnes, la société et toute autre entité indiquée ci-dessus doit être le titulaire du compte.</small>	

Signature du demandeur : _____	
Signature du demandeur : _____	
<small>Cette demande doit être signée par le propriétaire de l'entreprise ou, dans le cas d'une société de personnes, par un associé ou encore, dans le cas d'un organisme ou d'une société, par le président, le secrétaire ou le trésorier</small>	
<small>IMPORTANT : Retournez ce formulaire avec un spécimen de chèque portant la mention «ANNULÉ» Si votre chèque n'est pas personnalisé, joignez une confirmation écrite de votre institution financière contenant les renseignements vous identifiant, inscrivez votre nom et votre numéro de client au dos du chèque</small>	