

**ACCORD DE DPA DU PAYEUR**  
**Programme de débits préautorisés d'entreprise**  
**Modalités**

1. Dans le présent accord, les expressions « nous, nos, notre » désignent le payeur indiqué au verso des présentes.
2. Nous convenons de participer au programme de débits préautorisés d'entreprise et autorisons le bénéficiaire indiqué au verso des présentes, ainsi que ses successeurs et cessionnaires éventuels à débiter, sous forme papier, électronique ou autre, pour le paiement des produits ou des services liés à nos activités commerciales (le« DPA d'entreprise»), notre compte indiqué au verso des présentes (le « compte»), qui se trouve à l'établissement financier indiqué au verso des présentes (l'« établissement financier»), et autorisons l'établissement financier à payer les débits en question. Nous acceptons le présent accord et donnons notre autorisation au profit du bénéficiaire et de notre établissement financier, en contrepartie de l'accord de l'établissement financier de traiter les débits sur notre compte, conformément aux Règles de l'Association canadienne des paiements. Nous reconnaissons être liés par les directives que nous transmettons de procéder à un DPA d'entreprise ainsi que par les DPA d'entreprise exécutés conformément au présent accord comme si ceux-ci portaient notre signature et, dans le cas de papiers, comme s'il s'agissait de chèques portant notre signature.
3. Nous pouvons révoquer ou annuler le présent accord à n'importe quel moment, moyennant un avis écrit ou verbal. Nous reconnaissons que la révocation ou l'annulation de l'autorisation donnée au présent accord est subordonnée à la remise d'un avis de révocation ou d'annulation au bénéficiaire. Le présent accord s'applique uniquement au mode de paiement, et nous reconnaissons que la révocation ou l'annulation du présent accord ne met pas fin aux ententes que nous avons conclues avec le bénéficiaire et n'ont pas d'autres répercussions sur ces ententes.
4. Nous convenons que notre établissement financier n'est pas tenu de vérifier la conformité des DPA d'entreprise au présent accord, y compris le montant et la fréquence des DPA d'entreprise et le respect des autres objectifs de ceux-ci.
5. Nous convenons que la remise du présent accord au bénéficiaire constitue une remise, de notre part, à notre établissement financier. Nous convenons que le bénéficiaire peut remettre le présent accord à son propre établissement financier et acceptons la divulgation de renseignements que contient le présent accord à cet établissement financier.
6. (a) Nous reconnaissons ce qui suit :
  - (i) quant aux DPA d'entreprise de montant fixe, qui interviennent à intervalle fixe, le bénéficiaire doit nous transmettre un préavis écrit qui indique le montant à porter au débit du compte et la ou les dates d'échéance du débit, au moins dix (JO) jours civils avant la date d'échéance du premier DPA d'entreprise, chaque fois que se produit un changement du montant ou de la ou des dates de paiement;
  - (ii) quant aux DPA d'entreprise de montant variable, qui interviennent à intervalle fixe, le bénéficiaire doit nous transmettre un préavis écrit qui indique le montant à porter au débit du compte et la ou les dates d'échéance du débit, au moins dix (10) jours civils avant la date d'échéance de chaque DPA d'entreprise;
  - (iii) quant aux DPA d'entreprise de montant fixe et variable, qui interviennent à intervalle fixe, aucun préavis de changement n'est nécessaire lorsque le programme de DPA d'entreprise prévoit un changement du montant de ces DPA fixes et variables par suite d'une intervention directe de notre part (y compris, notamment, des instructions par téléphone), par laquelle nous demandons au bénéficiaire de modifier le montant du DPA.

Supprimer 6(a)  
ou 6(b) selon le  
cas.

**OU**

- (b) Nous convenons soit de renoncer aux exigences relatives au préavis énoncées au paragraphe 6(a) du présent accord, soit de respecter les modifications apportées aux exigences relatives au préavis dont nous convenons avec le bénéficiaire.

Si le payeur  
accepte de  
renoncer au  
préavis, il doit  
apposer sa  
signature à  
l'endroit indiqué.

\_\_\_\_\_  
Signature du payeur

\_\_\_\_\_  
Signature du payeur

7. Nous convenons qu'en ce qui a trait aux DPA d'entreprise, lorsque la fréquence de paiement est sporadique, un mot de passe, un code secret ou un autre équivalent de signature qui constitue une autorisation valide de débit de notre compte, pour le bénéficiaire ou son mandataire, doit être transmis.
8. Nous pouvons contester un DPA d'entreprise en transmettant une déclaration signée à notre établissement financier, dans les cas suivants :
  - (a) les DPA d'entreprise n'ont pas été effectués conformément au présent accord;
  - (b) le présent accord a été révoqué ou annulé;
  - (c) nous n'avons pas reçu le préavis exigé par le paragraphe 6(b) et n'y avons pas renoncé.

Nous reconnaissons que, pour obtenir de notre établissement financier le remboursement du montant du DPA contesté, nous devons signer une déclaration selon laquelle l'événement indiqué au paragraphe (a), (b) ou (c) qui précède s'est produit, et la présenter à notre établissement financier au plus tard dix (10) jours ouvrables après que le DPA d'entreprise contesté a été reporté à notre compte. Après l'expiration de ce délai, nous reconnaissons que nous devons nous adresser exclusivement au bénéficiaire pour régler les différends relatifs aux DPA d'entreprise et que notre établissement financier n'a aucune obligation envers eux pour ce qui est des DPA en question.

9. Nous attestons que tous les renseignements que nous avons transmis concernant le compte sont exacts et nous nous engageons à informer par écrit le bénéficiaire si des changements surviennent quant aux renseignements sur le compte fournis aux termes du présent accord, au moins dix (10) jours ouvrables avant la fin de la prochaine date d'échéance d'un DPA d'entreprise. Si un tel changement se produit, le présent accord continue à s'appliquer quant au nouveau compte qui doit servir aux DPA d'entreprise.
10. Nous garantissons que toutes les personnes dont les signatures sont requises pour ce compte ont signé le présent accord ci-après. De plus, nous garantissons, s'il y a lieu, que nous sommes autorisés à nous engager, par le présent accord, par signature électronique sécurisée, et que notre signature électronique sécurisée est conforme aux exigences de la Règle HI.
11. Nous comprenons et acceptons les modalités qui précèdent.
12. Nous convenons de nous conformer aux Règles de l'Association canadienne des paiements ou aux autres règles ou règlements qui peuvent avoir une incidence sur les services mentionnés aux présentes, qui peuvent être adoptés ultérieurement ou sont actuellement en vigueur, et nous nous engageons à signer les autres documents que peut exiger l'Association canadienne des paiements relativement aux services mentionnés aux présentes.

\_\_\_\_\_  
Nom du payeur

Par:

\_\_\_\_\_  
Signature du signataire autorisé  
Nom:  
Titre:

\_\_\_\_\_  
Date

Par:

\_\_\_\_\_  
Signature du signataire autorisé  
Nom:  
Titre:

\_\_\_\_\_  
Date

Annexe B  
ACCORD DE DPA DU PAYEUR  
Programme de débits préautorisés d'entreprise\*  
Autorisation de débits directs d'un compte du payeur, en faveur du bénéficiaire

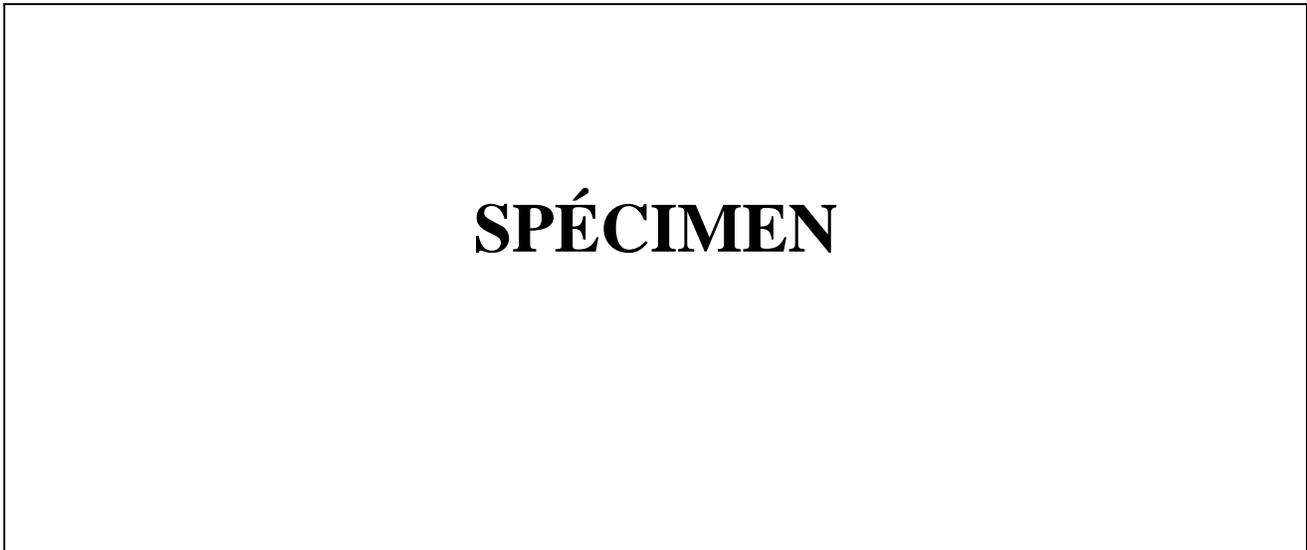
Instructions :

1. Veuillez remplir toutes les sections afin de donner instruction à votre établissement financier de faire des paiements par des prélèvements directement à votre compte.
2. Veuillez signer les Modalités au verso du présent document.
3. Retournez le formulaire rempli, accompagné d'un chèque portant la mention « NUL », au bénéficiaire, à l'adresse indiquée ci-après.
4. N'hésitez pas à vous adresser au bénéficiaire si vous avez des questions.

RENSEIGNEMENTS SUR LE PAYEUR *(veuillez taper ou inscrire lisiblement en caractères d'imprimerie)*

Nom du payeur :	
Adresse: 7, boul. Simard # , St-Lambert Qc, J4S 1Y4	
de téléphone :	
Nom du ou des signataires autorisés:	
Signature du ou des signataires autorisés:	Date:

ÉTABLISSEMENT FINANCIER ET RENSEIGNEMENTS BANCAIRES DU PAYEUR



RENSEIGNEMENTS SUR LE BÉNÉFICIAIRE *(Veuillez taper ou inscrire lisiblement en caractères d'imprimerie)*

Nom du bénéficiaire : **Le Rive Droite I**

Adresse: 7, Boul. Simard #1209, St-Lambert Qc J4S 1Y4

No téléphone : 450 466-3447

**RENSEIGNEMENTS SUR LES PAIEMENTS** *(Taper ou inscrire lisiblement en caractères d'imprimerie)*

Veuillez indiquer si le paiement correspond à un montant : <i>(Veuillez cocher une seule case)</i>	<input type="checkbox"/> fixe : <i>(Veuillez préciser)</i> <input type="checkbox"/> variable: veuillez préciser le montant maximum, s'il y a lieu, ou inscrire s.o. s'il n'y a pas de montant maximum
Fréquence: <i>(Veuillez cocher une seule case)</i>	<input type="checkbox"/> intervalle fixe: veuillez préciser la fréquence : Mensuelle <input type="checkbox"/> interval sporadique
Les suppléments ou les rajustements sont- ils autorisés? <i>(Veuillez cocher une seule case)</i>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

\* Le présent formulaire vise les DPA qui se rapportent aux activités commerciales d'un payeur qui est une société par actions, une organisation, une branche d'activité, une association, un organisme gouvernemental. une profession ou une entreprise.