

CENTRE MIRIAM

ADHÉSION AU DÉBIT PRÉAUTORISÉ

Titulaire 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	IMPORTANT : Joindre un chèque personnel portant la mention « ANNULÉ »	

Organisme bénéficiaire – Information de contact

Centre Miriam	info@miriamottawa.org	
030-2742, boul. St-Joseph, Orléans ON	K1C 1G5	613-830-8623

Autorisation de retrait

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

Mensuelle

Chaque retrait correspondra à :

_____ \$

Changement ou annulation :

J'informerai l'organisme bénéficiaire, dans un délai raisonnable, de tout changement à cette adhésion.

Signature du titulaire	
_____	_____
Signature	Date (jj/mm/aaaa)

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