

## DEMANDE D'ENTENTE DE PAIEMENT

### ENTENTE :

- La présente demande d'entente de paiement doit être remplie par le défendeur.
- Dès sa réception à la Cour municipale, la demande sera soumise pour étude à la perceptrice des amendes.
- Dans le cas où la proposition d'entente est :
  - o Acceptée, Aucune personne ne communiquera avec vous. Il est de votre responsabilité d'effectuer vos paiements à la date que vous avez indiquée, sinon les procédures se poursuivront **sans autre avis ni délai**, le tout pouvant occasionner des frais supplémentaires.
  - o Refusée, la perceptrice des amendes communiquera avec vous.
- Si votre permis de conduire est suspendu, l'entente de paiement n'a pas pour effet de lever cette suspension.
- Veuillez noter qu'en cas d'un chèque sans fonds, il ne sera plus possible d'adhérer aux prélèvements préautorisés ou de payer par chèques personnels pour tout paiement futur.

DOSSIER(S) / CONSTAT(S) D'INFRACTION :

Voir liste

NOM : \_\_\_\_\_

PRÉNOM : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE (AAAA/MM/JJ) : \_\_\_\_\_

NO. TÉL./CELL. : (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

ADRESSE : \_\_\_\_\_

APPARTEMENT : \_\_\_\_\_

VILLE : \_\_\_\_\_

CODE POSTAL : \_\_\_\_\_

COURRIEL : \_\_\_\_\_

PROVENANCE DES REVENUS : À cocher

SÉCURITÉ DU REVENU (B.S.)

RETRAITE

ALLOCATIONS FAMILIALES

AUTRES

ASS. CHÔMAGE

EMPLOYEUR **\*\*Voir identification de l'employeur\*\***

IDENTIFICATION DE L'EMPLOYEUR : *Si applicable*

NOM DE L'ENTREPRISE : \_\_\_\_\_

ADRESSE DE L'ENTREPRISE : \_\_\_\_\_

VILLE : \_\_\_\_\_

NO. TÉL.: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

JE SUGGÈRE DE REMBOURSER LA SOMME DE \_\_\_\_\_ \$/PAR MOIS

DÉBUTANT À LA DATE SUIVANTE : \_\_\_\_\_

**VEUILLEZ PRENDRE NOTE QUE VOUS DEVEZ DÉBUTER OBLIGATOIREMENT VOS PAIEMENTS À LA DATE QUE VOUS AVEZ INDIQUÉE SINON LES PROCÉDURES SE POURSUIVront SANS AUTRES AVIS NI DÉLAIS.**

\_\_\_\_\_  
SIGNATURE

\_\_\_\_\_  
DATE

FORMULAIRE D'ADHÉSION AU DÉBIT PRÉAUTORISÉ (DPA)

**VOUS DEVEZ OBLIGATOIREMENT JOINDRE UN CHÈQUE PERSONNEL AVEC LA MENTION « ANNULÉ » AU PRÉSENT FORMULAIRE**

**TITULAIRE(S) DU COMPTE BANCAIRE**

Nom et prénom du (des) titulaire(s)

Téléphone (rés.) :

Téléphone (cell.) :

Adresse

Ville

Code postal

**INSTITUTION FINANCIÈRE**

Nom de l'institution financière

Adresse

Ville

Code postal

Identification (ou transit)

No de compte (ou folio)

Débites préautorisés (DPA)

Personnel/Particulier

Entreprise

**ORGANISME BÉNÉFICIAIRE**

VILLE DE GRANBY (COUR MUNICIPALE)

735 DUFFERIN, GRANBY (QC), J2H 2H5

TÉLÉPHONE : (450) 776-8340 / TÉLÉCOPIEUR : (450) 776-8342

**AUTORISATION DE RETRAIT**

Je, soussigné(e), autorise la Ville de Granby (Cour municipale) à effectuer des retraits dans mon compte (folio) ci-haut mentionné et ce, pour acquitter l'entente de paiement relative à mes constats d'infraction :

Le 1<sup>er</sup> de chaque mois à compter du \_\_\_\_\_.

Le 20 de chaque mois à compter du \_\_\_\_\_.

Que j'aie choisi des prélèvements de type "Personnel/Particulier" ou de type "Entreprise", je recevrai, relativement aux prélèvements de montants fixes, un avis écrit du bénéficiaire quant au montant à débiter et aux dates d'échéance des prélèvements, au moins dix (10) jours civils avant la date d'échéance du premier prélèvement, et cet avis doit être donné chaque fois qu'il y a un changement du montant ou des dates de paiement;

Par ailleurs, je conserve le droit de révoquer la présente autorisation par un préavis écrit de 5 jours ouvrables transmis à la Cour municipale de la Ville de Granby et dégage l'institution financière de toute responsabilité en cas de non-respect de la révocation, à moins de négligence de sa part.

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 l'Association canadienne des paiements à l'adresse [www.cdnpay.ca](http://www.cdnpay.ca).

J'informerai la Cour municipale de la Ville de Granby par écrit 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 tiré conformément à l'autorisation.

Je reconnais que le fait de remettre la présente autorisation à la Ville de Granby équivaut à la remettre à mon institution financière.

**REMBOURSEMENT APPLICABLE**

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 [www.cdnpay.ca](http://www.cdnpay.ca).

Les effets débités par erreur me seront remboursés par mon institution financière dans les 90 jours pour l'une ou l'autre des raisons suivantes :

- A) Je n'ai jamais donné l'autorisation écrite à la Cour municipale de la Ville de Granby.
- B) Le retrait n'a pas été effectué conformément à mon autorisation.
- C) Mon autorisation a été révoquée.
- D) Le retrait n'a pas été fait au bon compte en raison d'une erreur de la Cour municipale de la Ville de Granby.

Je comprends qu'une déclaration écrite à cet effet doit être donnée à mon institution financière sur le formulaire qui me sera fourni par celle-ci.

**SIGNATURE**

Signature du titulaire du compte bancaire

Date

Signature du second titulaire du compte bancaire (si applicable)

Date