

COMMUNAUTÉ RÉGIONALE DE
CAMPBELLTON
REGIONAL COMMUNITY

Pre-Authorized Debit (PAD) Agreement

1. Customer Information:

Name: _____

Street Address: _____

City: _____ Province: _____ Postal Code: _____

Telephone Number: _____

Campbellton Regional Community Account Number: _____

2. Bank Account Information (PLEASE INCLUDE A VOID CHEQUE)

Account Number: _____

Branch Transit Number: _____ Financial Institution Number: _____

Financial Institution: Name: _____

Branch Address: _____

3. Pre-Authorized Debit (PAD) Details

You, the Payer, authorize the Campbellton Regional Community to debit the bank account identified above on the **1st of every month** or the next business day.

These services are for (check one) Personal Business

Water & Sewer Collection of Refuse Other: _____

Frequency of withdrawals: Monthly Quarterly Annually

Amount of withdrawal: \$ _____

Effective Date of 1st withdrawal: _____

This authority is to remain in effect until the Campbellton Regional Community has received written notification from you of its change or termination. This notification must be received at least (10) days before the next debit is scheduled.

Signature of Account Holder:

Signature of Joint Account Holder (if applicable):

Name: _____
(Please Print)

Name: _____
(Please Print)

Date: _____

Date: _____

You have certain recourse rights if any debit does not comply with this agreement. For example, you have the right to receive reimbursement for any debit that is not authorized or is not consistent with this PAD Agreement. To obtain more information on your recourse rights contact your financial institution or visit www.cdnpay.ca.

When the form is complete mail or fax to:

CAMPBELLTON
P.O. Box 100
Campbellton, New Brunswick E3N 3G1
Tel: (506)789-2700 Fax: (506)759-7403

By executing this Pre-Authorized Debit Agreement, you hereby acknowledge that the withdrawal amount stated above will be automatically adjusted according to provisions of the City's bylaws or upon the City's annual bylaw review, and you hereby unconditionally agree to waive any and all requirements for the City to pre-notify you of any change, including an increase, to the said withdrawal amount pursuant to Section 15(e) of Rule H1 of the *Canadian Payments Association*.

COMMUNAUTÉ RÉGIONALE DE
CAMPBELLTON
REGIONAL COMMUNITY

Entente de débit préautorisé (DPA)

1. Coordonnées du client :

Nom: _____

Adresse postale: _____

Ville: _____ Province: _____ Code postal: _____

Numéro de téléphone: _____

Numéro de compte pour la Communauté Régionale de Campbellton: _____

2. Renseignements sur le compte bancaire (S.V.P JOIGNEZ UN SPÉCIMEN DE CHÈQUE)

Numéro de compte: _____

Numéro de transit de la succursale: _____ Numéro d'institution financière: _____

Institution financière: Nom: _____

Adresse de la succursale: _____

3. Détails du débit préautorisé (DPA)

Vous, le payeur, autorisez la Communauté régionale de Campbellton à débiter le compte bancaire ci-dessus. Le débit sera effectué à votre compte le **1^{er} jour de chaque mois** ou le jour ouvrable suivant.

Ces services sont pour utilisation (cocher) : Personnelle Entreprise

Eau et égout collecte des ordures Autre: _____

Fréquence des retraits: Mensuelle Par trimestre Annuelle

Montant du retrait: \$ _____

Date d'entrée en vigueur du 1er retrait: _____

Cette autorisation demeure en vigueur jusqu'à ce que la Communauté régionale de Campbellton ait reçu un préavis écrit par vous de sa modification ou de sa résiliation. Ce préavis doit arriver au moins 10 jours avant la date prévue du prochain débit.

Signature du titulaire du compte:

Signature du titulaire conjoint du compte (s'il y a lieu):

Nom: _____
(En caractères d'imprimerie)

Nom: _____
(En caractères d'imprimerie)

Date: _____

Date: _____

Vous avez certains droits de recours si un débit n'est pas conforme au présent accord. Par exemple, vous avez le droit de recevoir le remboursement de tout débit qui n'est pas autorisé ou n'est pas compatible avec le présent accord de DPA. Pour plus d'information sur vos droits de recours, communiquez avec votre institution financière ou visitez www.cdnmpay.ca.

Une fois le formulaire rempli envoyez-le par
poste ou par télécopieur à :

CAMPBELLTON
P.O. Box 100
Campbellton, New Brunswick E3N 3G1
Tel: (506)789-2700 Fax: (506)759-7403

***** En signant cette entente de débit préautorisé, vous acceptez par les présentes, sans condition, de renoncer à toutes exigences de préavis selon lesquelles la ville doit vous aviser à l'avance de tout changement, y compris une augmentation, dudit montant de retrait conformément à l'article 15(e) de la Règle H1 de l'Association canadienne des paiements. *****