



The Law Society of
Upper Canada | Barreau
du Haut-Canada

Autorisation de paiement de la cotisation annuelle par prélèvements automatiques

Autorisation de prélèvements automatiques donnée par l'avocat/e au Barreau du Haut-Canada

Vous devez faire parvenir une demande remplie avec un chèque nul et vous assurer que le Barreau la reçoit au plus tard le **16 janvier 2012** à 17 heures. Les virements mensuels seront tirés de votre compte chèque. À noter que des frais administratifs de 80 \$ (TVH incluse), correspondant aux frais de traitement, seront exigibles. Seuls les avocats qui n'ont pas de solde impayé, c'est-à-dire qui ne doivent au Barreau que leur cotisation de 2012, peuvent demander le prélèvement automatique.

Les retraits seront effectués le premier jour ouvrable du mois à partir de votre compte chèque. Des **notes**

explicatives vous donneront le montant mensuel du retrait, selon les trois catégories de cotisation.

Tout changement dans les renseignements bancaires doit être communiqué dix (10) jours avant la date du retrait. Ces changements doivent être soumis par écrit à l'administrateur des prélèvements automatisés. Tout changement reçu après cette date ne pourra être inscrit qu'au retrait du mois suivant.

Instructions :

1. Veuillez remplir toutes les sections afin d'instruire votre établissement financier de débiter directement votre compte.
2. Veuillez signer les modalités de l'entente au verso du présent document.
3. Veuillez retourner le formulaire dûment rempli, accompagné d'un chèque en blanc marqué « NUL », au Barreau du Haut-Canada.
4. Si vous avez des questions, veuillez vous adresser au Barreau en composant le (416) 947-7600, poste 2025.

RENSEIGNEMENTS SUR L'AVOCAT (dactylographier ou écrire en caractères d'imprimerie)

Matricule :							Courriel :
Nom de l'avocat :							
Nom de famille				Prénom			

Signature de l'avocat :

RENSEIGNEMENTS SUR LE PAYEUR (dactylographier ou écrire en caractères d'imprimerie)

Nom du payeur :			Courriel :		
Adresse :					
		Ville, Province	Code postal	Pays	
Tél. :	Télééc. :		Date :		

Signature du payeur :

RENSEIGNEMENTS SUR L'ÉTABLISSEMENT FINANCIER DU PAYEUR (dactylographier ou écrire en caractères d'imprimerie)

VEUILLEZ JOINDRE UN CHÈQUE NUL ICI

Montant mensuel du retrait (selon les notes explicatives) :	Date d'entrée en vigueur :
---	----------------------------

RENSEIGNEMENTS SUR LE BÉNÉFICIAIRE

Nom du bénéficiaire : Barreau du Haut-Canada	Courriel : pap@lsuc.on.ca	
Adresse : 130, rue Queen O, Toronto (Ontario) M5H 2N6	Téléphone : 416 - 947-7600, poste 2025	Télééc. : 416 - 947-3305

Autorisation de paiement de la cotisation annuelle par prélèvements automatiques

Modalités de l'entente

1. Dans la présente autorisation, « je », « me », « moi », « ma », « mon » et « mes » s'entendent de chaque titulaire de compte soussigné.
2. J'accepte de participer au présent régime de prélèvements automatiques pour le paiement de la cotisation annuelle, j'autorise le bénéficiaire mentionné au recto ainsi que ses successeurs et ayants droit à débiter, par ordre donné par écrit, par voie électronique au autrement, mon compte mentionné au recto (le « compte ») à l'établissement financier mentionné au recto (l'« établissement financier ») d'un montant (prélèvements automatiques ou « PA ») afin d'acquitter la cotisation annuelle et j'autorise l'établissement financier à honorer et effectuer ces prélèvements. La présente autorisation est destinée au bénéficiaire et à mon établissement financier, eu égard à l'accord de mon établissement financier de débiter mon compte en application des règles de l'Association canadienne des paiements. Je conviens que tout ordre donné en vue d'effectuer un PA et tout PA effectué conformément à la présente autorisation me lie, comme si je les avais signés et, en cas de prélèvement par écrit, comme s'il s'agissait de chèques portant ma signature.
3. Je peux révoquer la présente autorisation en remettant un avis écrit à cet effet au bénéficiaire. La présente autorisation concerne uniquement le paiement par prélèvements automatiques et je conviens que la révocation de la présente autorisation ne résilie pas les contrats pouvant exister entre le bénéficiaire et moi et n'a aucune incidence sur ces derniers. Pour plus de renseignements sur l'annulation du PA, je peux visiter le site www.cdnpay.ca ou m'informer auprès de mon établissement financier.
4. Je conviens que mon établissement financier n'est pas tenu de vérifier la conformité des PA avec la présente autorisation, y compris leur montant, leur fréquence et la réalisation des objectifs des PA.
5. Je conviens que la remise de la présente autorisation au bénéficiaire équivaut à la remise de ladite autorisation à mon établissement financier par mes soins. Je conviens que le bénéficiaire peut remettre la présente autorisation à son établissement financier et je conviens que les renseignements personnels figurant sur la présente autorisation peuvent être divulgués à cet établissement financier.
6. Je comprends ce qui suit :
 - a) PA fixes : Je recevrai du bénéficiaire un avis écrit indiquant le montant à prélever ainsi que les échéances des PA, au moins dix (10) jours civils avant l'échéance du premier PA, avis devant être reçu chaque fois que le montant ou la date de paiement a changé;
 - b) PA variables : Je recevrai du bénéficiaire un avis écrit indiquant le montant à prélever ainsi que l'échéance, au moins dix (10) jours civils avant l'échéance de chaque PA;
 - c) Dans le cas d'un régime de prélèvements automatiques prévoyant, pour effectuer le prélèvement, que je doive demander directement (notamment par téléphone) au bénéficiaire de faire effectuer un PA en paiement, partiel ou total, d'une facture que nous avons reçue, nous renonçons au préavis de dix (10) jours.
7. Je peux contester un PA en présentant une déclaration signée à mon établissement financier dans les conditions suivantes :
 - a) le PA n'est pas conforme à la présente autorisation;
 - b) la présente autorisation a été révoquée;
 - c) je n'ai pas reçu le préavis prévu à l'article 6.Je reconnais que, pour être remboursé par mon établissement financier du montant du PA contesté, je dois signer une déclaration indiquant que l'une des conditions précitées a), b) ou c) a été remplie et la présenter à mon établissement financier au plus tard quatre-vingt-dix (90) jours civils après la date à laquelle le PA contesté a été imputé à mon compte. Je reconnais qu'à l'expiration de la période de quatre-vingt-dix (90) jours, je résoudrai uniquement avec le bénéficiaire tout conflit concernant un PA et que mon établissement financier n'a aucune obligation financière envers moi concernant ce PA.
8. Je certifie que tous les renseignements concernant le compte sont exacts et je conviens d'informer, par écrit, le bénéficiaire de tout changement au moins dix (10) jours ouvrables avant l'échéance du prochain PA. En cas de changement, la présente autorisation reste en vigueur à l'égard de tout nouveau compte visé par les PA.
9. Je garantis que toutes les personnes qui sont tenues de signer à l'égard du compte ont signé la présente autorisation.
10. Je comprends et accepte les modalités susmentionnées.
11. Je conviens de respecter les règles de l'Association canadienne des paiements et tout autre règlement ou règle, adoptés ultérieurement ou actuellement en vigueur, qui peut avoir une incidence sur les services mentionnés aux présentes et je conviens de signer tout autre document qui peut être prescrit par l'Association canadienne des paiements à l'égard des services décrits aux présentes.

Nom du titulaire du compte

Signature

Date

Nom du titulaire du compte

Signature

Date

Nom et numéro de l'avocat(e)
(si différent du titulaire du compte)

Signature

Date