

Société missionnaire Vision Globale

34, boul. Bouthillier, Rosemère (Québec) Canada J7A 4B4
Téléphone (450) 437-6510 - Télécopieur (450) 437-2926

FORMULAIRE RÉPONSE DE SOUTIEN FINANCIER

Veillez imprimer ce formulaire, le compléter et nous le retourner à l'adresse inscrite ci-haut

Je désire être partenaire de la Société missionnaire Vision Globale

Prénom : _____ Nom : _____

Adresse : _____ App : _____

Ville : _____ Province : _____

Code postal : ____ - ____ - ____ Téléphone : (____) - ____ - ____

Courriel : _____



Je désire parrainer *Eugène WILSOT* - 33\$ (par mois – engagement d'un an, renouvelable chaque année)



Je désire effectuer mes transactions par débits bancaires pré autorisés. (**Option recommandée**)
Veillez compléter le formulaire de débits bancaires pré autorisés au verso et joindre un chèque spécimen avec le présent formulaire.



J'inclus une série de chèques



Le 1^{er} du mois



Le 15 du mois



J'inclus un chèque de 396\$ pour l'année (12X33\$)

VISITEZ NOTRE SITE WEB

<http://www.fondationvisionglobale.ca>

À COMPLÉTER POUR LES PRÉLÈVEMENTS PRÉ AUTORISÉS

La Société missionnaire Vision Globale, par l'entremise de notre institution bancaire, la Caisse Desjardins, vous offre les débits pré autorisés. Pour profiter de cette méthode pratique, vous n'avez qu'à remplir ce formulaire en ayant soin de joindre un SPÉCIMEN de chèque.

**Bénéficiaire: Société missionnaire Vision Globale, 34 boul. Bouthillier, Rosemère, (Québec) J7A 4B4
Téléphone: 450-437-6510 Télécopieur: 450-437-2926 Courriel: visionglobale@videotron.ca**

Prénom : _____ Nom : _____

Adresse : _____ App : _____

Ville : _____ Province : _____

Code postal : ____ - ____ Téléphone : (____) ____ - ____

Courriel : _____

Nom de l'institution financière : _____

No. De compte : _____ No. De la succursale : _____ No. De l'institution : _____

Autorisation de retrait: Je, _____ détenteur du compte, autorise la "SOCIÉTÉ MISSIONNAIRE VISION GLOBALE" et la Caisse Populaire Desjardins à débiter de mon compte, de la succursale tel qu'indiqué ci haut, selon les termes et conditions conclus par moi avec la "SOCIÉTÉ MISSIONNAIRE VISION GLOBALE" jusqu'à ce que je donne avis contraire.

Chaque débit correspondra à un montant de _____ à être tiré de mon compte le 1^{er} 15 du mois

Par ailleurs, je me réserve le droit de révoquer en tout temps mon autorisation en avisant par écrit l'organisme bénéficiaire. Je dégage l'institution financière de toute responsabilité si la révocation n'était pas respectée, à moins qu'il ne s'agisse d'une négligence grave de sa part.

J'informerai l'organisme bénéficiaire, par écrit et dans un délai raisonnable, 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 prélevé conformément à mon autorisation.

J'atteste, de plus, que toutes les personnes dont les signatures sont nécessaires pour le fonctionnement du compte identifié plus haut ont signé la présente autorisation.

Je reconnais que le fait de remettre la présente autorisation à l'organisme bénéficiaire équivaut à la remettre à l'institution financière indiquée plus haut.

Consentement à la communication de renseignements: Je consens à ce que les renseignements contenus dans ma demande d'adhésion au retrait direct soit communiqués à l'institution financière, dans la mesure où cette communication de renseignements est directement reliée et nécessaire à la bonne mise en oeuvre des règles applicables en matière de débits pré autorisés.

Remboursement: L'institution financière me remboursera, au nom de l'organisme, les montants retirés par erreur dans les 90 jours du retrait pour un titulaire **particulier** et dans es 10 jours du retrait pour un titulaire **entreprise**, dans la mesure où le remboursement est demandé pour l'une ou l'autre des raisons suivantes

a) le retrait n'a pas été effectué conformément à mon autorisation;

b) mon autorisation a été révoquée;

c) je n'ai pas reçu l'avis préalable de 10 jours avant la date du retrait.

Je comprends que je devrai faire une déclaration écrite à cet effet à mon institution financière sur le formulaire qu'elle me fournira.

Enfin, je reconnais qu'une demande de remboursement produite après les délais indiqués précédemment devra être réglée entre l'organisme et moi, sans responsabilité ni engagement de la part de l'institution financière.

Signature : _____ Date: _____

Cosignataire s'il y a lieu : _____ Date: _____