

ADHÉSION AU DÉPÔT DIRECT**Identification de l'organisme payeur**

Nom

Adresse (rue, ville, province)

Code postal

Autorisation du(de la) bénéficiaire

Nom et prénom

Adresse (rue, ville, province)

Code postal

N° de téléphone
Ind. rég.

N° d'assurance sociale

N° de référence, s'il y a lieu
(ex.: n° d'employé[e])

Par la présente, j'autorise l'organisme identifié plus haut à effectuer des dépôts au compte décrit ci-dessous et consens à ce qu'il communique les renseignements nécessaires pour réaliser ces dépôts à toute personne ayant besoin de ces renseignements pour donner suite à la présente autorisation.

Signature du(de la) bénéficiaire

Date

Identification de l'institution financière du(de la) bénéficiaire

Nom de l'institution (caisse ou succursale bancaire)

Adresse (rue, ville, province)

Code postal

N° d'institution

N° de transit ou
de succursale

Folio ou n° de compte

IMPORTANT

Joindre un chèque personnel portant la mention «ANNULÉ» pour éviter toute erreur de transcription. Si vous changez de compte ou d'institution financière, veuillez en aviser l'organisme payeur.