



DEMANDE D'ENTENTE DE PAIEMENT (PPA)

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.

MODALITÉS DE PAIEMENT :

- Si vous remplissez le présent formulaire, c'est que vous avez décidé d'adhérer aux paiements préautorisés.
- Vous devez joindre au présent formulaire une *Demande d'adhésion aux paiements préautorisés* accompagnée d'un spécimen de chèque (**aucun paiement préautorisé sans spécimen de chèque**).
- Si votre permis de conduire est suspendu, notez que les deux derniers paiements de votre entente ne pourront pas être effectués par paiement préautorisé. Il sera alors de votre responsabilité de venir acquitter ces derniers paiements à nos bureaux, sur Internet au www.constats-express.com ou encore par la poste (mandat-poste ou chèque visé seulement).

DOSSIERS / CONSTATS D'INFRACTION :

NOM : _____ PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE (AAAA/MM/JJ) : _____

ADRESSE : _____ APPARTEMENT : _____

VILLE : _____ CODE POSTAL : _____

N° TÉL. : (____) _____ N° CELL. ET/OU PAGETTE : (____) _____

PROVENANCE DES REVENUS :

- SÉCURITÉ DU REVENU (B.S.) : _____ \$ ASS. CHÔMAGE : _____ \$
- PENSION ALIMENTAIRE : _____ \$ T.P.S. : _____ \$
- ALLOCATION FAMILIALE : _____ \$ AUTRES : _____ \$

IDENTIFICATION DE L'EMPLOYEUR :

NOM DE L'ENTREPRISE : _____

ADRESSE DE L'ENTREPRISE : _____

N° TÉL. : (____) _____ DATE DE L'EMPLOI : _____

SALAIRE (SEMAINE) : _____ \$ BRUT NET

DÉPENSES MENSUELLES (inscrire le montant) :

LOGEMENT : _____ \$ ÉPICERIE : _____ \$ ÉLECTRICITÉ : _____ \$

PENSION ALIMENTAIRE : _____ \$ CIGARETTES : _____ \$

AUTRES : _____ \$ PERSONNES À CHARGE : _____ (NBRE)

AUTOMOBILE : NON OUI SI OUI : COÛT MENSUEL (PAIEMENT, GAZ) _____ \$

AUTRES VÉHICULES : _____

JE SUGGÈRE DE REMBOURSER LA SOMME DE _____ \$ LE 1^{ER} DU MOIS

LE 20 DU MOIS

DÉBUTANT À LA DATE SUIVANTE : _____

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

SIGNATURE

DATE

FORMULAIRE D'ADHÉSION AU DÉBIT PRÉAUTORISÉ (DPA)

TITULAIRE(S) DU COMPTE BANCAIRE		
Nom et prénom du (des) titulaire(s)	Téléphone (rés.) :	
	Téléphone (bureau) :	
	Téléphone (cell.) :	
Adresse	Ville	Code postal

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

INSTITUTION FINANCIÈRE !		
Nom de l'institution financière		
Adresse	Ville	Code postal
Identification (ou transit)		
No de compte (ou folio)		
Débits préautorisés (DPA)		
	<input type="checkbox"/> Personnel/Particulier	<input type="checkbox"/> 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 :		
<input type="checkbox"/> Le 1er de chaque mois à compter du _____ .		
<input type="checkbox"/> 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 . 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 .		
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