

### Titulaire(s) et coordonnées du compte

Nom et prénom du titulaire		No de téléphone	
Adresse			
Ville	Province	Code Postal	
Adresse courriel			
Nom de l'institution financière	No de l'institution	No de transit	No de compte

### Organisme bénéficiaire – information

Virtuose Centre Acrobatique  
120, rue René-Philippe, Lemoine  
Québec J4R 2K1

450.672.9696  
[direction@virtuosecentreacrobatique.ca](mailto:direction@virtuosecentreacrobatique.ca)

### Autorisation de retrait frais d'entraînement

Je, soussigné, autorise Virtuose Centre Acrobatique à effectuer des débits préautorisés (DPA) dans mon compte à l'institution financière désignée ci-dessus, à la fréquence suivante :

Chaque retrait correspondra :

- Montant apparaissant dans le formulaire « modalité de paiement » lequel pourra être modifié sans autre autorisation de ma part pourvue que Virtuose Centre Acrobatique me transmette un avis par courriel pour m'aviser du changement :

Chaque paiement sera prélevé le quinzième (15) jour de chaque mois à partir du mois de \_\_\_\_\_ pour une période de \_\_\_\_\_

- Le paiement unique au montant de \_\_\_\_\_ sera prélevé en date du \_\_\_\_\_.

### Autorisation de retrait – Compétition & Camps

Je, soussigné, autorise Virtuose Centre Acrobatique à effectuer des débits préautorisés (DPA) dans mon compte à l'institution financière désignée ci-dessus, chaque retrait correspondra :

- Montant fixe déterminé par l'inscription aux compétitions, chaque paiement sera prélevé aux dates d'envois du paiement à GymQc.
- Montant fixe déterminé par l'administration lors des 3 camps Virtuose, chaque paiement sera prélevé 1 semaine avant l'évènement et vous sera communiqué lors des envois d'informations.

### Renonciation

- Je renonce à recevoir l'avis par courriel mentionné ci-dessous.
- J'accuse réception d'une copie de cet accord et je renonce à toute autre confirmation avant le premier paiement.

### Changement ou annulation

J'informerai Virtuose Centre Acrobatique 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 ci-dessous 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 indiquée ci-dessous.

### Consentement à la communication

Je consens à ce que les renseignements contenus dans ma demande d'adhésion au débit préautorisé soient communiqués à l'institution financière, dans la mesure où cette communication de renseignements est directement reliée et nécessaire à la bonne mise en œuvre des règles applicables en matière de débits préautorisés.

### Signature du ou des titulaires

_____ Signature du titulaire du compte	_____ Date
_____ Signature du second titulaire (s'il s'agit d'un pour lequel deux signatures sont requises)	_____ Date