

TRANSFERT DE FONDS AUTOMATISÉ POUR LES CLIENTS (CAFT) FORMULAIRE DE DÉBIT PRÉAUTORISÉ

Numéro de téléphone : _____

Courriel : _____

Nom(s) des titulaires du compte : _____

Numéro de compte d'évaluation (AAN) : _____

INSTITUTION FINANCIÈRE

N° DE TRANSIT	N° D'INSTITUTION	N° DE COMPTE

INFORMATIONS SUR LES TRANSFERTS

FRÉQUENCE	DATE DE DÉBUT	MONTANT
	DATE DE FIN	
OBJECTIF :		

Par la présente, j'autorise/nous autorisons la **Municipalité de Clare** à effectuer un transfert régulier et automatique de fonds tel que décrit ci-dessus.

Si deux signatures ou plus sont requises pour le compte, les deux signatures ou toutes les signatures sont requises sur ce formulaire.

PAYEUR TITULAIRE DU COMPTE (SIGNATURE)

PAYEUR TITULAIRE DU COMPTE (SIGNATURE)