

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.

