

Santé Québec Est-de-l'Île-de-Montréal – Universitaire

SECTION 1 : Identification de l'employé

Prénom, Nom _____ Matricule : _____ Téléphone : _____

SECTION 2 : Autorisation

J'autorise Santé Québec Est-de-l'Île-de-Montréal – Universitaire et l'Institution financière désignée à débiter mon compte selon cette entente de débit préautorisé. Je comprends qu'aucun préavis ne sera donné en cas de modification du montant liée à un changement de taux. Je m'engage à informer, par écrit et rapidement, Santé Québec Est-de-l'Île-de-Montréal – Universitaire de tout changement à mes renseignements bancaires.

SECTION 3 : Raison du paiement

**** Veuillez cocher le ou les plans applicables (A et/ou B). À défaut, le formulaire sera retourné ****

Plan d'adhésion A	Plan d'adhésion B
Autorisation de prélever les arrérages à chaque paie (Assurance, stationnement, syndicat, etc.) Le relevé de paie fait foi d'état de compte et indique le montant, prélevé 28 jours plus tard. Durée : Valide jusqu'à avis contraire transmis par courriel au Service de la paie.	Remboursement d'un montant dû selon les modalités convenues. Montant : _____ Fréquence : Paiement unique Aux 2 semaines (date dépôt de paie) Durée : Valide jusqu'au remboursement complet.

SECTION 4 : Identification de l'institution financière et de l'organisme bénéficiaire

Utiliser le compte bancaire déjà inscrit au dossier (dépôt paie) ******

Utiliser le spécimen chèque ci-joint et sur lequel j'ai inscrit mon numéro de matricule.

**** À défaut le compte au dossier sera utilisé pour effectuer le prélèvement ****

Organisme bénéficiaire : Santé Québec Est-de-l'Île-de-Montréal – Universitaire, 7401, rue Hochelaga, Local 120, Montréal, QC. H1N 3M5

SECTION 5 : Accord et Signature

Je confirme être le titulaire du compte et autorise les débits conformément à cette adhésion. Je reconnais que mon institution financière n'a pas à vérifier la conformité des prélèvements. J'atteste que toutes les signatures requises pour le compte mentionné à la section 4 ont été obtenues.

Je reconnais que mon relevé de paie en ligne constitue mon état de compte officiel et m'engage à le vérifier et signaler toute erreur. En cas de rejet d'un prélèvement pour insuffisance de fonds, je comprends que l'employeur pourra en aviser l'assureur.

Je peux révoquer mon autorisation avec un préavis minimal de 10 jours ouvrables avant le prochain débit. Tout solde impayé pourra faire l'objet de mesures de recouvrement, incluant un transfert à une agence de collection.

J'ai des recours en cas de débit non conforme, incluant un droit au remboursement.

J'autorise la transmission des renseignements nécessaires à l'institution financière et confirme comprendre et accepter les conditions de cet accord de débit préautorisé.

Signature : _____ **Date :** _____

Veuillez retourner le formulaire complété par courriel à nbabineau.hmr@ssss.gouv.qc.ca