

RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Nom de l'établissement		Numéro de téléphone	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Numéro du permis		Autre numéro de téléphone	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Adresse		App. ou boîte postale	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Ville	Province	Code postal	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

RENSEIGNEMENTS BANCAIRES

Nom de l'institution financière			Numéro de téléphone de la succursale	
<input type="text"/>			<input type="text"/>	
Succursale	Institution	Numéro de compte		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Adresse			App. ou boîte postale	
<input type="text"/>			<input type="text"/>	
Ville	Province	Code postal		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		

SIGNATAIRES AUTORISÉES

Je soussignée, _____, autorise l'administrateur délégué du *Régime de retraite des CPE et des garderies privées conventionnées du Québec*, Aon Hewitt, à prélever dans le compte mentionné ci-dessus, un montant mensuel variable correspondant à la valeur des cotisations à payer de mes employées participant au Régime tel que confirmé mensuellement sur la confirmation de paiement. De plus, je reconnais avoir pris connaissance des informations apparaissant au verso.

Signature	Nom et prénom de la représentante de l'établissement (lettres moulées)	Date
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Signature	Nom et prénom de la 2 ^e représentante de l'établissement, s'il y a lieu (lettres moulées)	Date
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**VEUILLEZ JOINDRE AU FORMULAIRE
UN CHÈQUE NON SIGNÉ PORTANT LA MENTION « SPÉCIMEN »**

Autorisation de retrait

Je conviens que l'institution financière n'est pas tenue de vérifier que le paiement est prélevé conformément à mon autorisation. Je reconnais que le fait de remettre la présente autorisation à Aon Hewitt équivaut à la remettre à l'institution financière indiquée au recto. J'informerai Aon Hewitt, par écrit et dans un délai raisonnable, de tout changement aux présentes. Par ailleurs, je conserve le droit de révoquer en tout temps mon autorisation en avisant par écrit Aon Hewitt. Je dégage l'institution financière de toute responsabilité si la révocation n'était pas respectée.

Remboursement

L'institution financière remboursera, au nom de Aon Hewitt, les montants retirés par erreur dans les dix jours du retrait, dans la mesure où le remboursement est demandé pour l'une ou l'autre des raisons suivantes :

- a) Le retrait n'a pas été effectué conformément à mon autorisation.
- b) Mon autorisation a été révoquée.

Je comprends que je devrai faire une déclaration écrite à cet effet à l'institution financière sur le formulaire qu'elle fournira. Enfin, je reconnais qu'une demande de remboursement produite après les délais indiqués précédemment doit être réglée entre Aon Hewitt et moi, sans responsabilité ni engagement de la part de l'institution financière.

Attestation

J'atteste que toutes les personnes dont les signatures sont nécessaires pour le fonctionnement du compte identifié au recto ont signé la présente autorisation. Je consens à ce que les renseignements contenus dans la présente soient communiqués à l'institution financière, dans la mesure où cette communication est directement liée et nécessaire à la bonne mise en œuvre des règles applicables en matière de débit préautorisé.