

Informations requises sur le(la) bénéficiaire

i Le service de dépôt direct permet à l'organisme de déposer les sommes qui vous sont dues directement dans votre compte. Merci de remplir le formulaire ci-dessous et de le retourner avec une formule de chèque portant la mention « Annulé », si exigé.

Identification de l'organisme payeur

(À l'usage de l'organisme payeur)

Nom : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Province : _____ Pays : _____ Code postal : _____

N° de téléphone : _____ Adresse courriel : _____

Identification du(de la) bénéficiaire

Nom du(de la) bénéficiaire

Adresse

Ville Province Code postal

N° de téléphone Adresse courriel N° d'assurance sociale, si applicable

**Pour les employé(e)s
désirant recevoir leur paie.**

N° de référence, s'il y a lieu (ex.: n° d'employé[e]), n° de dossier, etc.)

Par la présente, j'autorise l'organisme payeur qui figure 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 qui en a besoin pour donner suite à la présente autorisation.

X _____
Signature du(de la) bénéficiaire Date (AAAA-MM-JJ)

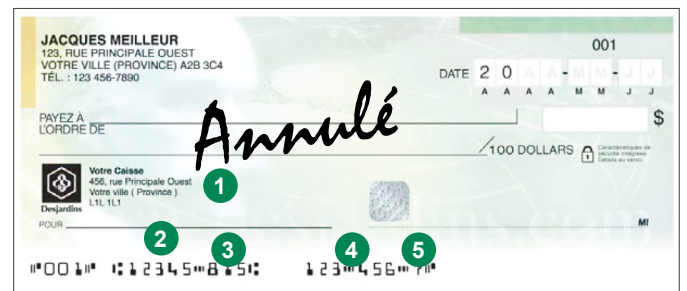
Coordonnées bancaires du(de la) bénéficiaire

Nom de l'institution financière (caisse ou succursale bancaire)

Adresse Ville Province Code postal

N° d'institution N° de transit ou de succursale Folio ou n° de compte Chiffre vérificateur (s'il y a lieu)

- 1** Nom et adresse de l'institution financière
- 2** Numéro d'identification (numéro de transit de la caisse ou de la succursale)
- 3** Numéro de l'institution
- 4** Numéro de compte ou folio (incluant les zéros)
- 5** Chiffre vérificateur



! **Important :** Si vous changez de compte ou d'institution financière, veuillez en aviser l'organisme payeur.