

Nom du détenteur de compte auprès de PRA et numéro de référence

| | | | |
|---|-------------------|------------------------------|---------------|
| Nom de famille et prénom (en caractères d'imprimerie) | | No. de référence | |
| Adresse (rue, ville, province) | | Code postal | |
| Nom de l'institution financière du payeur | No. de succursale | No. d'institution financière | No. de compte |

Détails du débit préautorisé (DPA)

Je, le soussigné, (si personne morale, représentée par son représentant dûment autorisé), autorise PRA Group Canada Inc. à porter au débit du compte bancaire sus-indiqué, aux intervalles suivantes (cocher tout ce qui s'applique):

| | | | |
|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Tous les vendredis Date de début _____ <small>(jj/mm/aaaa)</small> | <input type="checkbox"/> Vendredi (à toutes les 2 semaines) Date de début _____ <small>(jj/mm/aaaa)</small> | <input type="checkbox"/> Chaque mois Date de début _____ <small>(jj/mm/aaaa)</small> | <input type="checkbox"/> Un seul paiement Date de début _____ <small>(jj/mm/aaaa)</small> |
| | | <input type="checkbox"/> 1 ^{er} <input type="checkbox"/> 10 ^{ème} <input type="checkbox"/> 15 ^{ème} <input type="checkbox"/> 20 ^{ème} <input type="checkbox"/> 30 ^{ème} | |

Chaque débit préautorisé sera au montant fixe de _____ \$, et continuera jusqu'au (cocher une case) au paiement complet du solde convenu, ou jusqu'au _____ (date)
(jj/mm/aaaa)

J'autorise que le dernier paiement soit ajusté à un montant moins élevé que le sus-indiqué.

Ces services sont pour utilisation (cocher une case) personnelle d'affaires

Renonciation:

Je reconnais les conditions de cet Accord de débits préautorisés et je renonce à toute autre confirmation avant le premier paiement.

Révocation:

Je, le payeur, peux révoquer cette autorisation à tout moment, sur signification d'un préavis de 5 jours ouvrables par écrit ou par téléphone. Je comprends et je conviens que pour obtenir un spécimen de formulaire d'annulation ou pour plus d'information sur mon droit d'annuler un accord de DPA, je dois communiquer avec mon institution financière ou visiter l'Association canadienne des paiements au www.payments.ca

Remboursement

J'ai certains droits de recours si un débit n'est pas conforme au présent accord. Par exemple, j'ai le droit de recevoir le remboursement de tout débit qui n'est pas autorisé ou n'est pas compatible avec le présent accord de DPA. Pour plus d'information sur mes droits de recours, je peux communiquer avec mon institution financière ou visiter l'Association canadienne des paiements au www.payments.ca

Signature du titulaire du compte (ainsi que du titulaire conjoint du compte s'il y a lieu):

| | | |
|--|---|-------------------|
| _____ | _____ | _____ |
| Nom du titulaire du compte (en caractères d'imprimerie) | Signature du titulaire du compte | Date (jj/mm/aaaa) |
| _____ | _____ | _____ |
| Nom du titulaire conjoint du compte (en caractères d'imprimerie) | Signature du titulaire conjoint du compte | Date (jj/mm/aaaa) |

IMPORTANT: Veuillez joindre un chèque portant la mention "NUL" ou un formulaire DPA de votre institution financière afin d'éviter des erreurs de transcription. Si vous changez votre compte bancaire ou votre institution financière, veuillez aviser PRA Group Canada Inc.

Une fois ce formulaire rempli, veuillez l'envoyer par la poste, par télécopieur ou par courriel à:

Coordonnées du bénéficiaire

| | | |
|--|-----------------------|----------------|
| Nom de l'organisation | Courriel | |
| PRA Group Canada Inc. | montreal@pra-group.ca | |
| Adresse (rue, ville, province, code postal) | Fax No. | Telephone No. |
| 1705-2000 rue Mansfield, Montréal (Québec) H3A 2Z6 | 1-844-766-7272 | 1-866-963-0373 |

Merci pour votre détermination continue de régler votre compte.