

ADHÉSION AU RETRAIT DIRECT

Titulaire du compte

Nom et prénom du(des) titulaire(s)	Téléphone :
Adresse (rue, ville, province)	Code postal
Courriel	Télécopieur :

Institution financière

Organisme bénéficiaire

Nom de l'institution financière		Nom de l'organisme AAFANB	
No de l'institution	No de transit	Adresse (rue, ville, province) 810, rue Centrale, Dieppe, N.-B.	
Adresse (rue, ville, province)		Code postal E1A 6V5	No de téléphone (506)386-0090 ou 1-866-523-0090
	Code postal	No de télécopieur (506)384-7009	Courriel aafanb@nb.aibn.com
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.		No de membre AAFANB : _____	

Autorisation de retrait

Je soussigné(e), autorise l'organisme bénéficiaire à effectuer un retrait dans mon compte no _____, détenu à l'institution financière mentionnée plus haut, à la fréquence annuelle c'est-à-dire le 30 du mois de _____ ou le prochain jour ouvrable pour mon adhésion ou renouvellement comme membre en règle de l'AAFANB.

Le retrait correspondra à un montant fixe de _____ \$, lequel pourra être majoré sans autre autorisation de ma part, pourvu que l'organisme bénéficiaire me transmette un avis écrit au moins dix jours avant la date d'échéance du paiement tel que modifié;

Par ailleurs, je conserve le droit de révoquer en tout temps mon autorisation en avisant par écrit l'organisme bénéficiaire. Je dégage l'institution financière de toute responsabilité si la révocation n'était pas respectée, à moins qu'il ne s'agisse d'une négligence grave de sa part.

J'informerai l'organisme bénéficiaire, par écrit et dans un délai raisonnable, de tout changement aux présentes.

J'atteste que toutes les personnes dont les signatures sont nécessaires pour le fonctionnement du compte identifié plus haut ont signé la présente autorisation.

Je reconnais que le fait de remettre la présente autorisation à l'organisme bénéficiaire équivaut à la remettre à l'institution financière indiquée plus haut.

Signature de ou des titulaires

_____	_____	_____	_____
Signature du titulaire du compte	Date	Signature du second titulaire	Date
(s'il s'agit d'un compte conjoint pour lequel deux signatures sont requises)			