Service PRASE
500, rue Murray, local 1418
Sherbrooke (Québec) J1G 2K6
Téléphone : 819 780-2220, poste 47777, options 1-2
Sans frais : 1 855 780-2200, options 1-2
Télécopieur : 819 780-1821
www.csss-iugs.ca/prase
prase.paie.estrie@ssss.gouv.qc.ca

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke
Québec

ACCORD DE DÉBIT PRÉAUTORISÉ (DPA) du payeur
(ou prélèvement automatique)

AUTORISATION

J'autorise le CIUSSS de l'Estrie – CHUS, à prélever de mon compte bancaire* les sommes requises pour :

☐ Le maintien des assurances collectives

☐ Le remboursement d'arrérages en raison d'une absence (assurances, régime de retraite, stationnement, etc.)

☐ Autre(s) raison (s) (précisez) : _____

* Joindre un spécimen de chèque avec la mention « ANNULÉ », **si le compte est différent** du compte où la paie est déposée. Le CIUSSS de l'Estrie – CHUS ne peut être tenu responsable pour les frais occasionnés par un fonds bancaire insuffisant.

PRÉLÈVEMENT

☐ Montant total réparti par période de 14 jours (à chaque paie)**

☐ Autre montant par période de 14 jours (précisez)** : _____

☐ Je désire faire le remboursement en un seul prélèvement sur le prochain dépôt de paie.

** Le premier prélèvement sera fait avec le prochain dépôt de paie.

ENGAGEMENT ET SIGNATURE

☐ Je reconnais qu'en cas de manquement au paiement de ces sommes, le CIUSSS de l'Estrie – CHUS pourra entreprendre toute mesure nécessaire pour les récupérer.

Signature : _____ **Date :** _____

Nom de la personne salariée : _____ **Nº matricule :** _____

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 DPA qui n'est pas autorisé ou n'est pas compatible avec le présent Accord de DPA.

*Ce débit préautorisé est fait au nom d'une entreprise. Je peux révoquer mon autorisation à tout moment, sur signification **d'un préavis de 14 jours** en remplissant la section **Annulation** du présent document. Pour plus d'informations sur mon droit d'annuler un Accord de DPA, je peux communiquer avec mon institution financière ou visiter : www.cdnpay.ca*

ANNULATION

*Je peux révoquer mon autorisation à tout moment, sur signification **d'un préavis de 14 jours** en remplissant la section **Annulation** du présent document. Pour plus d'informations sur mon droit d'annuler un Accord de DPA, je peux communiquer avec mon institution financière ou visiter : www.cdnpay.ca.*

☐ *Je désire annuler mon accord de débit préautorisé (DPA) du payeur*

Signature : _____ *Date :* _____

Acheminez ce formulaire dûment rempli au Service de la paie par courriel à prase.paie.estrie@ssss.gouv.qc.ca
ou par la poste à l'adresse suivante : **500, rue Murray, local 1418, Sherbrooke (Québec) J1G 2K6.**