FONDACTION CSN POUR LA COOPÉRATION ET L'EMPLOI
Bureau 103
2175, boulevard De Maisonneuve Est
Montréal (Québec) H2K 4S3
Téléphone : 514 525-5505
1 800 253-6665

DEMANDE DE SOUSCRIPTION DIRECTE PAR DÉBIT PRÉAUTORISÉ (DPA)

Ce formulaire s'adresse à la personne qui a déjà adhéré à Fondaction

Numéro d'adhésion : _____ **Type de régime :** ☐ **REER** ☐ **REER de conjoint** ☐ **Hors REER**

RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Nom **Prénom**

Adresse **App.**

Date de naissance aaaa/mm/jj **N° d'assurance sociale**

Adresse courriel

SOUSCRIPTION PAR DÉBIT PRÉAUTORISÉ (DPA)

Je souscris par la présente, aux conditions prévues, à des actions de catégorie A, série 1 ou série 2 du capital-actions de Fondaction, le Fonds de développement de la Confédération des syndicats nationaux pour la coopération et l'emploi (Fondaction) et consens à payer les frais applicables mentionnés au prospectus.

Joindre un chèque au montant de votre première cotisation. Les cotisations par DPA seront prélevées de ce même compte.

Montant (minimum requis de 10 $) : _____$ Date du premier prélèvement* : _____

*Si aucune date n'est indiquée, par défaut celle-ci sera le premier jour du mois suivant la réception du formulaire.

Fréquence : ☐ Mensuelle ☐ Toutes les deux semaines

Autorisation

Je, sousigné(e), l'actionnaire ou le payeur / la payeuse (REER conjoint) :

- Autorise Fondaction, à percevoir de mon compte décrit ci-après le montant précisé plus haut selon la fréquence sélectionnée précédemment;
- Autorise Fondaction à facturer et débiter des frais lorsque ne débit préautorisé ne peut être effectué tel que convenu dans le présent accord et **renonce à mon droit de recevoir un avis écrit relatif aux changements apportés à mon prochain débit**.
- Autorise l'institution financière décrite ci-après à déduire de mon compte le montant précisé précédemment. Cette autorisation peut être révoquée en tout temps, sur avis écrit de ma part. Cet avis doit être envoyé à Fondaction 30 jours précédant le prochain prélèvement;
- Accuse réception d'une copie de cet accord et **renonce à mon droit de recevoir un avis écrit avant le premier débit préautorisé.**

Nom du titulaire du compte : _____

Nom du titulaire conjoint du compte (s'il y a lieu) : _____

Nom de l'institution financière : _____

Transit	**Institution**	**Compte**

Droits de recours

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 qui n'est pas compatible avec la présente autorisation. Pour obtenir plus d'information sur mes droits de recours, un spécimen de formulaire d'annulation ou de l'information additionnelle sur les droits d'annulation, je peux communiquer avec mon institution financière ou visiter le www.cdnpay.ca.

X **X**

Signature du titulaire du compte (obligatoire) **Signature du titulaire conjoint du compte (s'il y a lieu)**

SIGNATURE

- Fondaction peut accepter, en tout ou en partie, la souscription ci-dessus et cesser d'y donner effet en tout temps, à son entière discrétion.
- J'ai pris connaissance du prospectus en vigueur.

X

Signature de l'actionnaire Date