

**AUTORISATION DU PAYEUR POUR DES PRÉLÈVEMENTS
PRÉ AUTORISÉS À DES FINS PERSONNELLES – PPA
(SEULEMENT POUR LES INSTITUTIONS BANCAIRES AU CANADA)**

*PAYOR'S AUTHORIZATION FOR PRE-AUTHORIZED PAYMENTS FOR PERSONAL OR HOUSEHOLD
PURPOSES – PAP (FOR CANADIAN FINANCIAL INSTITUTIONS ONLY)*

Si vous remplissez le formulaire par ordinateur, utilisez la touche **TAB** pour vous déplacer dans le document, sinon, faites imprimer le document et remplir toutes les cases en lettres MAJUSCULES SVP.
*If you're using your computer to fill out this form, use the **TAB** key to move from one space to another, otherwise, please print this document and fill out ALL spaces in CAPITAL letters.*

Je certifie/nous certifions que les renseignements suivants sont exacts :
I/We warrant and represent that the following information is accurate:

1.

NOM ET ADRESSE DU PAYEUR – LA PERSONNE À QUI APPARTIENT LE COMPTE BANCAIRE <i>PAYOR'S NAME AND ADDRESS – TO WHOM BELONGS THE BANK ACCOUNT</i>		
<input type="checkbox"/> M. / Mr. <input type="checkbox"/> Mme / Mrs. <input type="checkbox"/> Mlle / Ms.	Nom / <i>Surname</i> :	Prénom / <i>First Name</i> :
<input type="checkbox"/> M. / Mr. <input type="checkbox"/> Mme / Mrs. <input type="checkbox"/> Mlle / Ms.	Nom / <i>Surname</i> :	Prénom / <i>First Name</i> :
Adresse / <i>Address</i> :		Unité / <i>Condo #</i> :
2000 Drummond Montréal, Québec CANADA H3G 2X1		
# de cellulaire / <i>Cell phone #</i> :	Tel. Maison / <i>Home Phone</i> :	Tel. Bureau / <i>Office number</i> :
Courriel Obligatoire / <i>Email Mandatory</i> :		

NOM DE L'INSTITUTION FINANCIÈRE DU PAYEUR (l'*institution chargée du traitement* <i>NAME OF PAYOR'S FINANCIAL INSTITUTION (the *Processing Institution*)</i>		
Nom de la banque / <i>Bank Name</i> :	* N° de transit / <i>Transit #</i> :	
Rue / <i>Street</i> :	* N° d'institution / <i>Institution #</i>	
Ville / <i>City</i> :	Code Postal / <i>Postal Code</i> :	* N° de compte / <i>Account #</i> :

* Les numéros de **transit**, **d'institution** et de **compte** se trouvent dans le bas des chèques.

At the bottom of your checks, you will find your transit, institution and account numbers.

Transit
Institution
Compte / Account

 ⑈098⑈ ⑈1:02501⑈004⑈ 159⑈507⑈7⑈⑈

En cochant, je/nous comprenons **qu'il est nécessaire de joindre un chèque « spécimen »**. Je/nous certifions avoir joint à la présente autorisation (l'*autorisation*) un spécimen de chèque portant la mention « SPÉCIMEN » (original ou copie).

*By this tick, I/We understand that **I need to attach a "specimen" check**. I/We have attached a specimen check marked « VOID » to this payor authorization (the *Authorization* - (original or copy).*

Je/nous comprenons que je/nous sommes responsable d'informer PAR ÉCRIT le bénéficiaire de tout changement des renseignements fournis dans la présente section de l'autorisation avant la prochaine date d'échéance du PPA.

*I/We understand that we are responsible to inform the Payee, **IN WRITING**, of any change in the information provided in this section of the Authorization prior to the next due date of the PAP.*

2.

NOM DU BÉNÉFICIAIRE (LE *BÉNÉFICIAIRE*) <i>PAYEE'S NAME AND ADDRESS (THE *PAYEE*)</i>		
Nom / <i>Name</i> : SYNDICAT DE LA COPROPRIÉTÉ LE ROC FLEURI	Rue / <i>Street</i> : 2000, Drummond	
Ville / <i>City</i> : Montréal	Code Postal / <i>Postal Code</i> : H3G 2X1	Téléphone / <i>Telephone #</i> : 514-288-0147

3. Je confirme/nous confirmons que l'autorisation est donnée au profit du bénéficiaire et de l'institution chargée du traitement, en contrepartie de quoi cette dernière convient d'imputer les débits sur mon/notre compte ci-dessus (le *compte*) conformément aux règles de l'Association canadienne des paiements.

*I/We acknowledge that the Authorization is provided for the benefit of the Payee and the Processing Institution as is provided in consideration of the Processing Institution agreeing to process debits against my/our account, as listed above, (the *Account*) in accordance with the Rules of the Canadian Payments Association.*

4. Je certifie/nous certifions que toutes les personnes dont les signatures sont requises pour autoriser des retraits sur le compte on signé l'autorisation ci-dessous.

I/We warrant and guarantee that all persons whose signatures are required to authorize withdrawals from the Account have signed the Authorization below.

5. J'autorise/nous autorisons par la présente le bénéficiaire à émettre des prélèvements pré autorisés (selon la définition de la règle 4H de l'Association canadienne des paiements) (les *PPA*) tirés sur le compte aux fins suivantes :

Frais de condos et frais de stationnement.

*I/We hereby authorize the Payee to issue Pre-Authorized Payments (as defined by the Rule H4 of the Rules of the Canadian Payments Association) (the *PAP*) drawn on the Account, for the following purpose:
Condo fees and parking fees.*

6. Je peux/nous pouvons annuler l'autorisation à mon/notre gré sous réserve d'avis écrit au moins **30 jours à l'avance** au bénéficiaire.

I/We may cancel the Authorization upon 30 days providing written notice to the Payee.

7. Je confirme/nous confirmons que la remise et la livraison de l'autorisation au bénéficiaire équivalent à sa livraison par moi/nous à l'institution chargée du traitement. La livraison de l'autorisation au bénéficiaire, par quelque méthode que ce soit, constitue une livraison par moi/nous.

I/We acknowledge that provision and delivery of the Authorization to the Payee constitutes delivery by me/us to the Processing Institution. Any delivery of the Authorization to the Payee, regardless of the method of delivery, constitutes delivery by me/us.

8. Le bénéficiaire peut émettre un PPA en dollar CDN mensuel en indiquant le montant du prélèvement à autoriser afin de payer les frais de condo mensuel (pour connaître le montant, veuillez vous adresser à l'administration du Roc Fleuri):

The Payee may issue a monthly PAP in CDN dollars and must indicate the amount of the authorized withdrawal to pay the monthly condo fees (should the total amount be unknown please ask the Roc Fleuri Administration):

FRAIS MENSUEL: / *MONTHLY FEE:* _____ \$ Débutant le: / *Starting:* Apr. 2013

<input checked="" type="checkbox"/>	À cette date / <i>On this date:</i>		Click here	2013
<input checked="" type="checkbox"/>	J'autorise le prélèvement unique au montant de : <i>I authorize this one time withdrawal of :</i>			
	Afin de couvrir les frais suivants : <i>To cover the owing fees of :</i>			
SVP apposer vos initiaux ici pour confirmer / <i>Please initial here to confirm :</i>				<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>

9. Je/nous comprenons que le prélèvement du PPA pourrait être automatiquement ajusté, advenant une augmentation des frais de condo.

I/we understand that the initial PAP amount can be automatically adjusted to reflect an increase in condo fees.

10. Je/nous comprenons qu'advenant un manque de fonds, un frais NSF de 25\$ sera appliqué au prochain paiement.

I/we understand that a 25\$ NSF fee will be charged for insufficient funds in my/our account.

11. La révocation de l'autorisation ne met pas fin au contrat de biens et services qui existe entre moi/nous et le bénéficiaire. L'autorisation concerne uniquement le mode de paiement et n'a aucune incidence sur le contrat d'échange de biens et services.

Revocation of the Authorization does not terminate any contract for goods or services that exists between me/us and the Payee. The authorization applies only to the method of payment and does not otherwise have any bearing on the contract for goods or services exchanged.

12. Je peux/nous pouvons contester un PPA uniquement dans les cas suivants :

- i) Le PPA n'a pas été tiré conformément à l'autorisation; ou
- ii) L'autorisation a été révoquée.

Je confirme/nous confirmons que pour être remboursé(s), je devrai/nous devrons remplir une déclaration selon laquelle la situation i) ou ii) s'est produite et la présenter à la succursale de l'institution chargée du traitement qui détient le compte, dans les 60 jours civils suivant la date la laquelle de PPA contesté a été imputé au compte.

Je confirme/nous confirmons que toute contestation du PPA au-delà des délais prévus dans la présente section ne concerne que moi-même/nous-même et le bénéficiaire, et qu'elle devra être réglée à l'extérieur du système des paiements.

I/we may dispute a PAP only under the following conditions:

- i) *The PAP was not drawn in accordance with the Authorization; or*
- ii) *The Authorization was revoked.*

I/we acknowledge that in order to be reimbursed a declaration to the effect that either i) or ii) took place, must be completed and presented to the branch of the Processing Institution holding the Account up to and including 60 calendar days after the date on which the PAP in dispute was posted to the Account.

I/we acknowledge that when disputing any PAP beyond the time allowed in this section, it is a matter to be resolved solely between me/us and the Payee, outside the payments system.

13. J'accepte/nous acceptons que les renseignements contenus dans l'autorisation soient au besoin divulgués à la Banque Royale du Canada pour effectuer des opérations de PPA.

I/we agree that the information contained in the Authorization may be disclosed to Royal Bank of Canada as required to complete any PAP transaction.

14. Je comprends et accepte/nous comprenons et acceptons les conditions de participation à ce plan de PPA.

I/we understand and accept the terms of participating in this PAP plan.

NOM DU PAYEUR AU COMPLET (PRÉNOM, NOM)
PAYOR'S NAME IN FULL (FIRST NAME, LAST NAME)

SIGNATURE / SIGNATURE :

Inscrivez votre nom au clavier pour une signature électronique ou imprimez le document pour une signature standard / *Type your name for an electronic signature or print the document for a regular signature:*

[Click here](#) 2013

Jour/Day Mois/Month Année/Year

AUTORISATION DE RAJOUT AU PAIEMENT PRÉ AUTORISÉ (PPA) *ADDING TO PRE-AUTHORIZED PAYMENT (PAP)*

Acceptez-vous que des frais additionnels, reliés à l'usage du Roc Fleuri soit rajoutés et prélevés automatiquement de votre compte pré autorisé mensuel? Voir la liste des frais possibles :

Do you agree to have all other fees related to my use of the premises of Le Roc Fleuri be charged and taken automatically on the pre-authorized payment account? See below for the other possible fees:

<ul style="list-style-type: none"> • clés magnétiques <i>extra magnetic keys</i> • cartes de stationnement <i>parking passes</i> • achat de filtres <i>filter purchase</i> • achat d'ampoules <i>light purchase</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • copies de clés <i>key copy</i> • main d'œuvre <i>labour</i> • autres frais afférents, etc. <i>other related fees</i> 	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <p>J'ACCEPTÉ que les items suivants soient rajoutés.</p> <p><i>I AGREE to add these fees.</i></p>
---	--	--

OU / OR

<p>Je/nous comprenons que si les frais additionnels reliés à l'usage du Roc Fleuri ne sont pas rajoutés et prélevés automatiquement de mon compte pré autorisé mensuel <u>je/nous m'engageons à payer ces items par chèque dans les 10 jours suivants leur réception.</u></p> <p><i>I understand that if I do not accept to have all other fees related to my use of the premises of Le Roc Fleuri be charged and taken automatically on the pre-authorized payment account <u>I make the commitment to pay these items by check in the 10 days following their reception.</u></i></p>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <p>JE REFUSE car je payerai par chèque dès la réception des items.</p> <p><i>I DO NOT ACCEPT as I will pay by check upon reception of items.</i></p>
--	---

Prénom, Nom en lettres majuscules / Full name in print			Unité # / Condo # :
Jour / Date:	Mois / Month:	Année / Year:	Ville / City:
Click here		2013	
<p style="text-align: center;">SIGNATURE / SIGNATURE :</p> <p><i>Inscrivez votre nom au clavier pour une signature électronique ou imprimez le document pour une signature standard / Type your name for an electronic signature or print the document for a regular signature:</i></p>			

PRIÈRE DE RETOURNER TOUS CES FORMULAIRE À : / PLEASE RETURN ALL THESE FORMS TO:

EMAIL administration@lerocfleuri.com

TÉLÉCOPIEUR Le Roc Fleuri, Service de comptabilité / *Accounting Services*
FAX 514-987-9500

COURRIER Syndicat de la copropriété Le Roc Fleuri
MAIL A./S.: Service de comptabilité / *C./O.: Accounting Services*
 2160, rue De La Montagne, Bureau 300
 Montréal, Québec H3G 2T3

FRAIS ADDITIONNELS : Locataires / Propriétaires

ADDITIONAL FEES : Tenant / Owner

Si vous louez votre unité, prière de nous indiquer **qui doit être facturé pour les items suivants** :

If you're renting your unit, please inform us **who we must bill for the purchase of the following items**:

Je ne loue pas mon condo et par conséquent, je devrais être facturé selon le choix indiqué sur le document de « l'autorisation de rajout au paiement pré autorisé (PPA) » à la page 4.

I'm not renting my unit and therefore, I should be billed as per the choice indicated on page 4 of the "Adding to pre-Authorized Payment (PAP)" document.

# CONDO: _____	LOCATAIRE TENANT	PROPRIÉTAIRE OWNER
Achat de clés magnétiques <i>Magnetic key purchase</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Achat de carte d'accès au garage <i>Garage access cards</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Achat de filtre pour les unités de ventilation <i>Ventilation filters</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Copies de clé (rangement, condo) <i>Copy of keys (locker, unit)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Achat de lumières pour l'unité <i>Light purchase</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Main d'œuvre <i>Labour</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

NOTE :

Tout item doit :

- Être payé immédiatement sur place **par chèque** ou;
- Un chèque doit être déposé au bureau administratif dans les 10 jours suivant la réception de la facture postale;
- Les frais peuvent également être payés par prélèvements automatiquement si vous avez adhéré au PPA (prélèvement pré autorisé). Le montant sera prélevé le premier jour du mois suivant.

À défaut de paiement dans les délais mentionnés ci haut, nous annulerons vos items (ie : clé magnétique et carte d'accès du garage).

All purchased items must:

- Be immediately settled **by check** or*
- A check must be sent to the administration office, in the 10 days following the reception of the invoice by mail.*
- By PAP (Pre-Authorized Payment), if you have already subscribed to this method of payment. The amount will be automatically added to the next monthly withdrawal.*

Failure to remit payment will result in the automatic cancellation of your items (re: magnetic keys and garage access cards).

INFORMATION SUR LES NOUVEAUX PROPRIÉTAIRES

NEW OWNER INFORMATION

NOM DU/DES PROPRIÉTAIRES, TEL QU'IL APPARAÎT SUR LE CONTRAT D'ACHAT <small>PAYOR'S NAME AND ADDRESS – AS IT APPEARS ON THE PURCHASE CONTRACT</small>		CONDO# :
<input type="checkbox"/> M. / <i>Mr.</i> <input type="checkbox"/> Mme / <i>Mrs.</i> <input type="checkbox"/> Mlle / <i>Ms.</i>	Nom / <i>Surname</i> :	Prénom / <i>First Name</i> :
Owner #1 Courriel est obligatoire / <i>Email is mandatory</i>:		
Numéro de cellulaire / <i>Cell phone number</i> :	Tel. Maison / <i>Home Phone</i> :	Tel. Bureau / <i>Office number</i> :
<input type="checkbox"/> M. / <i>Mr.</i> <input type="checkbox"/> Mme / <i>Mrs.</i> <input type="checkbox"/> Mlle / <i>Ms.</i>	Nom / <i>Surname</i> :	Prénom / <i>First Name</i> :
Owner #2 Courriel est obligatoire / <i>Email is mandatory</i>:		
Numéro de cellulaire / <i>Cell phone number</i> :	Numéro de cellulaire / <i>Cell phone number</i> :	Numéro de cellulaire / <i>Cell phone number</i> :
# EN CAS D'URGENCE / <i>IN CASE OF EMERGENCY</i> #:		
Nom, Prénom / <i>Surname, First Name</i> :		
No. de tel / <i>Phone number</i> :		

ADRESSE DE CORRESPONDANCE POSTALE FUTURE / <i>FUTURE POSTAL MAILING ADDRESS</i>		
<input type="checkbox"/> Le Roc Fleuri	Date d'emménagement / <i>Move in date</i> :	
<input type="checkbox"/> Si différent, spécifiez ici bas / <i>If different, please specify below</i> :		
Rue / <i>Street</i> :	Unité / <i>Condo #</i> :	
Ville / <i>City</i> :	Pays / <i>Country</i> :	Code Postal / <i>Postal Code</i> :

RAISON DE L'ACHAT / <i>REASON FOR PURCHASE</i>	
<input type="checkbox"/> Y HABITER / <i>TO LIVE IN</i>	(Si autre personne que le propriétaire, spécifiez : ex.: fils, fille, etc. / <i>If not the owner, specify : i.e. : son, daughter, etc.</i>):
Prénom, Nom / <i>Surname, Name</i>	_____
Lien / <i>Relation</i>	_____
N° de contact / <i>Contact #</i>	_____
Email	_____
<input type="checkbox"/> POUR LOCATION / <i>RENTAL</i>	
<input type="checkbox"/> Oui, j'ai le nom et les coordonnées du locataire / <i>Yes, I have the name and contact numbers for the new tenant</i>	
Prénom, Nom / <i>Surname, Name</i>	_____
N° de contact / <i>Contact #</i>	_____
Email	_____
<input type="checkbox"/> Non, mais je m'engage à vous transmettre les informations de mon locataire dès que je les aurai / <i>No but I commit to giving you the tenant's information as soon as I have them.</i>	
<input type="checkbox"/> REVENTE / <i>RESALE</i>	
<input type="checkbox"/> AUTRE (spécifiez) / <i>Other (specify)</i> :	_____