



**Régime de paiements préautorisés de taxes (PPT)  
Formulaire d'inscription au plan ordinaire  
Date limite d'inscription: le 10 septembre**

Numéro(s) du rôle

**5677-**

Emplacement de la propriété

Prénom et nom (1)

Prénom et nom (2)

Adresse postale

Municipalité

Code postal

Téléphone à domicile

Téléphone au travail

( )

( )

**Modalités de paiement : veuillez cocher un seul choix**

<b>A</b> <input type="checkbox"/>	<b>Paiement le premier jour du mois</b> J'autorise (nous autorisons) la Municipalité de Mattice - Val Côté à débiter, par moyen documentaire, électronique ou autre, le douzième des mes (nos) taxes annuelles le 1er jour du mois, d'octobre à septembre. <b>Ne s'applique pas aux factures supplémentaires.</b>
<b>B</b> <input type="checkbox"/>	<b>Paiement le quinzième jour du mois</b> J'autorise (nous autorisons) la Municipalité de Mattice - Val Côté à débiter, par moyen documentaire, électronique ou autre, le douzième de mes (nos) taxes annuelles le 15e jour du mois, d'octobre à septembre. <b>Ne s'applique aux factures supplémentaires.</b>
<b>C</b> <input type="checkbox"/>	<b>Paiement à la date d'échéance</b> J'autorise (nous autorisons) la Municipalité de Mattice - Val Côté à débiter, par moyen documentaire, électronique ou autre, le montant exact indiqué sur la facture aux dates d'échéance fixées par le Conseil municipal. <b>Ne s'applique pas aux factures supplémentaires.</b>

Signature (1)

Date

Signature (2)

Date

Il n'est pas nécessaire de renouveler la présente autorisation chaque année. Vous recevrez annuellement un avis vous informant du montant des paiements de l'année d'imposition suivante. Si vous désirez vous retirer du régime, vous devez en aviser par écrit la Perceptrice d'impôt au moins trente (30) jours à l'avance. Si vous participez déjà au régime, vous n'avez pas à présenter une nouvelle demande.

Des frais de service sont exigés pour tous les paiements refusés par votre établissement bancaire. Les inscrits au régime de PPT dont plus d'un paiement est refusé dans une année cessent d'être admissibles au régime. Le solde des taxes sera alors exigible aux échéances ordinaires et assujéti à des pénalités et intérêts de 1,25 % par mois pour les paiements en retard.

Téléphone : (705) 364-6511

Télécopieur : (705) 364-6431

En personne : 500 route 11, Mattice

Par la poste : Municipalité de Mattice - Val Côté, S.P. 129, Mattice, ON POL 1T0

## ADHÉSION AU RETRAIT DIRECT

### Titulaire (s) du compte

Nom et prénom du (des) titulaire(s)	No. de téléphone
Adresse (rue, ville, province)	
Code postal	

### Institution financière

Nom de l'institution financière		
	No. de l'institution	No. de transit
Adresse (rue, ville, province)		
	Code postal	

### Autorisation de retrait

Je soussigné (e) (s'il s'agit d'une personne morale, ici représentée par son ou ses représentants dûment autorisé(s)), autorise la Municipalité de Mattice - Val Côté à effectuer des retraits dans mon compte no. \_\_\_\_\_, détenu à l'institution financière, à la fréquence suivante:

le premier jour du mois       le quinzième jour du mois       à la date d'échéance

Chaque retrait correspondra à un montant variable, lequel me sera communiqué par la Municipalité de Mattice - Val Côté.

Par ailleurs, je conserve le droit de révoquer en tout temps mon autorisation en avisant par écrit la Municipalité de Mattice - Val Côté. 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 la Municipalité de Mattice - Val Côté, par écrit et dans un délai raisonnable, de tout changement aux présentes.

Je conviens que l'institution financière où j'ai mon compte n'est pas tenue de vérifier que le paiement est prélevé conformément à mon autorisation. J'atteste, de plus, 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.

### Remboursement

L'institution financière me remboursera, au nom de la Municipalité de Mattice - Val Côté, les montants retirés par erreur dans les 90 jours de retrait pour un titulaire **particulier** et dans les 10 jours de retrait pour un titulaire **entreprise**, dans la mesure où le remboursement est demandé pour l'une ou l'autre des raisons suivantes:

- le retrait n'a pas été effectué conformément à mon autorisation;
- mon autorisation a été révoquée.

Je comprends que je devrai faire une déclaration écrite à cet effet à mon institution financière sur le formulaire qu'elle me fournira.

Enfin, je reconnais qu'une demande de remboursement produite après les délais indiqués précédemment devra être réglée entre la Municipalité de Mattice - Val Côté et moi, sans responsabilité ni engagement de la part de l'institution financière.

### Consentement à la communication de renseignements

Je consens à ce que les renseignements contenus dans ma demande d'adhésion au retrait direct soit communiqués à l'institution financière, dans la mesure où cette communication de renseignements est directement reliée et nécessaire à la bonne mise en oeuvre des règles applicables en matière de débits préautorisés.

## Signature du 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)

**IMPORTANT:** Joindre un chèque personnel portant la mention "ANNULÉ"  
pour éviter une erreur de transcription. Si vous changez de compte ou  
d'institution financière, veuillez en aviser la Municipalité de Mattice -  
Val Côté.