



**AUTORISATION RELATIVE AU PLAN DE PAIEMENT
PRÉAUTORISÉ POUR UTILISATION COMMERCIALE**

3430, Superior Court
Oakville (Ontario) L6L 0C4
Tél. : (905) 319-9100; téléc. : (905) 319-1809

DEST. : JOHN DEERE FINANCIAL INC. ET JOHN DEERE CANADA ULC

Cette autorisation est fournie à votre profit ainsi qu'à celui de l'établissement financier désigné ci-dessous (et/ou tout autre établissement financier que j'autorise (nous autorisons) en tout temps) (*l'établissement financier*) en contrepartie du fait que l'établissement financier consent à porter des sommes au débit du compte mentionné ci-dessous (le *compte*) conformément aux règles de l'Association canadienne des paiements. Cette autorisation comprend le ou les montants précisés, ainsi que les intervalles des paiements qui vous sont faits aux termes des ententes que vous avez conclues ou qui vous ont été cédées, ententes qui sont jointes aux présentes et en font partie intégrante (les *ententes*). Par les présentes, je vous autorise (nous vous autorisons) ainsi que l'établissement financier à tirer du compte le paiement des montants aux termes des ententes, à compter du ____ jour de _____, _____.

Je déclare et garantis (nous déclarons et garantissons) que toutes les personnes dont les signatures sont requises en vue d'autoriser la présente autorisation ont apposé leur signature ci-après. Je reconnais (nous reconnaissons) que la remise de la présente autorisation à l'une d'entre vous vaut remise à l'établissement financier. Je reconnais (nous reconnaissons) que l'établissement financier n'est pas tenu, avant de débiter le compte, de vérifier qu'un prélèvement automatique de montants fixes (un *PAMF*) a été émis conformément à toutes les conditions des présentes, ou encore que vous vous êtes acquittées des obligations en contrepartie desquelles la présente autorisation a été donnée. Je dispose (nous disposons) de certains droits de recours si toute somme débitée ne se conforme pas à la présente entente. Par exemple, j'ai (nous avons) le droit de recevoir le remboursement de tout débit qui n'est pas autorisé ou qui ne se conforme pas à la présente entente de PAMF. Pour plus de détails sur mes (nos) droits de recours, je peux (nous pouvons) communiquer avec l'établissement financier ou visiter le www.cdnpay.ca Vous pouvez communiquer les données contenues dans la présente autorisation à l'établissement financier.

Je crois (nous croyons) savoir que j'aurai (nous aurons) le droit de révoquer en tout temps la présente autorisation en vous donnant un avis au moins 10 jours précédant la date prévue du prochain PAMF. Je crois (nous croyons) savoir que je peux (nous pouvons) obtenir un spécimen de formulaire d'annulation ou d'autres renseignements sur mon (notre) droit d'annuler l'entente de PAMF en communiquant avec l'établissement financier ou en visitant le www.cdnpay.ca. De plus, je crois (nous croyons) savoir que la présente autorisation ne s'applique qu'à la manière dont je vous paie (nous vous payons) et ne touche en rien les ententes que nous pouvons avoir conclues à l'égard de la fourniture de biens ou de services. Je vous aviserai (nous vous aviserons) par écrit de toute modification aux renseignements relatifs au compte mentionné dans les présentes avant la prochaine date d'exigibilité du PAMF qui suit cette modification. **Je conviens (nous convenons) de renoncer à toute obligation que vous pourriez avoir de m'envoyer (nous envoyer) un (de s) préavis du montant à prélever et de la (des) date(s) d'exigibilité des prélèvements et tout autre avis aux termes des règles de l'Association canadienne des paiements.**

RENSEIGNEMENTS RELATIFS AU CLIENT

Nom / adresse : _____

NOM DE L'ÉTABLISSEMENT FINANCIER

Nom / adresse : _____

Numéro de téléphone : _____ Compte d'épargne Compte-chèques (cocher une case)

Numéro de la succursale/de transit

Numéro de l'établissement

Numéro de compte

*****VEUILLEZ FOURNIR UN SPÉCIMEN DE CHÈQUE PORTANT LA MENTION « ANNULÉ »*****

DATÉE ce ____ jour de _____, _____.

ACCEPTÉE :

Dénomination sociale du client (lettres moulées)

Dénomination sociale du client (lettres moulées)

par : _____

par : _____

Signature, nom et titre du signataire autorisé

Signature, nom et titre du signataire autorisé