

Demande d'adhésion au paiement par dépôt direct

Nom : _____

Téléphone : _____ Courriel : _____
(le courriel servira à envoyer la confirmation de dépôt)

Renseignements bancaires (s.v.p. joindre un spécimen de chèque)

Nom de l'institution bancaire:		
Adresse de la succursale (1) :		
Numéro de transit (2) :	Numéro de l'institution (3) :	Numéro de compte (4)-(5) :



1. Adresse de l'institution financière
2. Numéro d'identification
(numéro de transit de la caisse ou de la succursale)
3. Numéro de l'institution
4. Numéro de compte ou folio (incluant les zéros)
5. Chiffre vérificateur

Autorisation

J'autorise le Syndicat des professionnelles et professionnels de l'éducation du Bas-Saint-Laurent (CSQ) à déposer tout remboursement dans mon compte bancaire jusqu'à avis contraire de ma part. Je m'engage également à signaler tout changement d'adresse, d'institution ou autres informations pertinentes.

Signature

Date