

Pre-Authorized Debiting Form	Formulaire d'autorisation de retrait bancaire automatique
The City of Saint John is pleased to be able to offer its Water and Sewerage customers a twice-yearly (flat rate customers) or bi-monthly (metered) debiting payment option for payment of water and sewerage accounts.	The City of Saint John est maintenant en mesure d'offrir à ses clients de comptes d'eau et d'égouts la capacité de retrait bancaire automatique semi annuel (clients a taux fixe) ou tous les deux mois (clients munic de compteur) pour les comptes d'eau et d'égouts.
We hope that the form is self-explanatory, however, please call us if you have any questions.	Si vous avez des questions à propos de ce formulaire, veuillez nous contacter
(506) 652-1960	(506) 652-1960

Please fill in and return this form to The City of Saint John Billings and Collections office with a VOID cheque (for account verification purposes).

Veuillez remplir et retourner le présent formulaire au bureau de Facturation et Recouvrement de The City of Saint John avec un chèque ANNULE (aux fins de vérification du compte).

Water/Sewer Account Number(s)/ N° de compte d'eau/d'égouts:		
Name / Nom :		
Address / Adresse :		
City / Ville :	Province :	Postal Code / Code postal:
***** AUTHORIZE ***** The City of Saint John, P.O. Box 1971, Saint John, NB, E2L 4L1, to debit my/our account,		
***** AUTORISE/AUTORISONS ***** The City of Saint John, C.P. 1971, Saint John (N.-B.), E2L 4L1, à débiter mon/notre compte		
Account # / N° de compte :		
held at / de la succursale :		
_____		_____
Branch Address / Adresse de la succursale		Transit :
for the purpose of payment of my / our Water and Sewerage charges, payable semi-annually / bimonthly on the due date.		aux fins de paiement des frais de facture sur mon / notre compte d'eau et d'égouts payable semestriellement / tous les deux mois le jour où le montant est dû.
I/We have read and understood the terms of this authorization.		J'ai/nous avons lu et compris les termes de la présente autorisation.
Signature :		Date :
*Signature :		Date :

*For joint accounts, all depositors must sign if more than one signature is required on cheques issued against the account.

*En ce qui concerne les comptes conjoints, tous les déposants doivent signer si plus d'une signature est requise sur les chèques émis pour le compte.

Note: If a copy of this completed form is required, please inform our office.

Note : Si vous désirez une copie du présent Formulaire dument rempli, veuillez en aviser notre bureau

TERMS AND CONDITIONS

I/We will notify The City of Saint John Billing and Collections office, in writing, of any changes in the account information or termination of this authorization at least thirty (30) days prior to the next payment date.

I/We understand that termination of this authorization does not affect my/our obligation to pay for goods or services contracted for/with the Company.

My/Our financial institution will treat each debit as if I/we had personally issued a written direction authorizing The City of Saint John to debit the amount (s) specified to my/our account and need not verify that payments are drawn in accordance with this authorization.

I/We understand that any debits charged to my/our account will be re-imbursed if:

<input type="checkbox"/>	this debit was not drawn in accordance with this authorization;
<input type="checkbox"/>	this authorization has been terminated; or
<input type="checkbox"/>	this debit was posted to the wrong account due to invalid/incorrect account information supplied by the Billing & Collections office, The City of Saint John,

by giving notice in writing to my/our branch of account within ninety (90) days of the debit to my/our account.

PLEASE NOTE: EFFECTIVE JANUARY 1, 2016, THE FEE CHARGED BY THE CITY OF SAINT JOHN WILL INCREASE TO \$25.00 PER ITEM ON ALL PAYMENTS RETURNED FROM YOUR BANK.

I/We acknowledge that delivery of this authorization to The City of Saint John constitutes delivery to my financial institution.

I/We warrant that all persons whose signatures are required to sign up on this account have signed this authorization.

**** Privacy ****

The City of Saint John **DOES NOT** share or sell its client lists. Any information provided herein will be used only for the aboved-noted purpose, and for no other purpose. Your signature on this form is your authorization for The City of Saint John to record this information. If you have any questions about this statement, please do not hesitate to call 652-1960 or the City Solicitor's Office at (506) 658-2860.

MODALITÉS ET CONDITIONS

J'avertirai/nous avertirons par écrit le bureau du Facturation et recouvrement de The City of Saint John de tout changement apporté aux renseignements sur le compte ou de la résiliation de cette autorisation au moins trente (30) jours avant la date du prochain paiement.

Je comprends/nous comprenons que la résiliation de cette autorisation n'a aucune incidence sur mon/notre obligation de payer les produits ou les services sous contrat pour ou avec l'entreprise.

Mon/notre institution financière traitera chaque retrait comme si j'avais/nous avons personnellement émis une directive écrite autorisant The City of Saint John à débiter le montant précisé de mon/notre compte et elle n'aura pas à vérifier que les paiements sont perçus conformément à cette autorisation.

Je comprends/nous comprenons que tout débit porté à mon/notre compte sera remboursé si :

<input type="checkbox"/>	ce débit n'a pas été prélevé conformément à cette autorisation;
<input type="checkbox"/>	cette autorisation a été résiliée; ou
<input type="checkbox"/>	ce débit a été prélevé dans le mauvais compte en raison de renseignements sur le compte invalides ou incorrects fournis par le bureau du Facturation et recouvrement de The City of Saint John,

en donnant un avis écrit à ma/notre succursale du compte dans les quatre-vingt dix (90) jours suivant le retrait de mon/notre compte.

VEUILLEZ NOTER QU'À COMPTER DU 1^{ER} JANVIER 2016, LES FRAIS UNITAIRES EXIGÉS PAR LA VILLE DE SAINT JOHN POUR TOUS LES PAIEMENTS RETOURNÉS PAR VOTRE BANQUE PASSERONT À 25 \$.

Je reconnais/nous reconnaissons que la délivrance de cette autorisation à The City of Saint John constitue une délivrance par mon/notre institution financière.

Je garantis/nous garantissons que toutes les personnes dont la signature est requise sur ce compte ont signé la présente autorisation.

**** Protection de la vie privée ****

The City of Saint John **NE** partage pas et ne vend pas sa liste de clients. Toute information fournie dans ce formulaire sera utilisée uniquement aux fins décrites ci-dessus. Votre signature sur ce formulaire représente votre autorisation à ce que The City of Saint John enregistre l'information qui y est contenue. Si vous avez des questions à propos de cette affirmation, n'hésitez pas à composer le 652-1960 ou à appeler le bureau de l'Avocat Municipal au (506) 658-2860.