



FORMULAIRE DE PAIEMENT PAR PRÉLÈVEMENT AUTOMATIQUE SUR CARTE DE CRÉDIT

Dossier PEOA n° :

Destinataire : **Programme d'exécution des ordonnances alimentaires du Yukon**

Le _____, je soussigné¹, _____ autorise, par les
JOUR MOIS ANNÉE NOM (EN LETTRE DÉTACHÉES)
présentes, les responsables du programme d'exécution des ordonnances alimentaires à débiter mon compte de carte de
crédit de la somme de _____ \$ pour le _____, le _____ jour de chaque mois, à partir du
MONTANT COMPTE CLIENT N° JOUR
_____ et ce, jusqu'à ce que les sommes dues soient réglées en totalité (ou jusqu'au _____).
JOUR MOIS ANNÉE JOUR MOIS ANNÉE

NOTE : Pour modifier les modalités de paiement ci-dessus (ex. somme perçue, fréquence des versements, numéro de carte de crédit, etc.), il faut remplir et soumettre un nouveau *Formulaire de paiement par prélèvement automatique sur carte de crédit*.

Signature du titulaire de la carte

Date (JOUR MOIS ANNÉE)

Nom figurant sur la carte : _____ VISA MASTERCARD AMEX

Numéro de la carte de crédit : _____ Date d'expiration : _____

Veillez remplir ce formulaire et le faire parvenir Programme d'exécution des ordonnances alimentaires du Yukon (les formulaires envoyés par courriel ou par télécopieur ne sont pas acceptés) :

En personne :

Gouvernement du Yukon
Édifice de droit Andrew-A.-Philipsen (rez-de-chaussée)
2134, 2^e Avenue, Whitehorse

Heures d'ouverture : De 9 h à 16 h

Par la poste :

Gouvernement du Yukon
Programme d'exécution des ordonnances alimentaires
C.P. 2703 (J-3M),
Whitehorse (Yukon) Y1A 2C6

Vos renseignements personnels sont recueillis en vertu de la *Loi sur la gestion des finances publiques*. Veuillez adresser toute demande relative à la collecte ou à l'utilisation des renseignements au Programme d'exécution des ordonnances alimentaires, au 867-667-5437, ou par écrit, à l'adresse postale ci-dessus.