

## FORMULAIRE D'ACCORD DE PAIEMENT PRÉ-AUTORISÉ

No. de Compte Client (si connu) \_\_\_\_\_

### INFORMATION CARTE DE CRÉDIT

Carte de Crédit:  VISA  MASTERCARD  AMEX

Nom du Titulaire: (Tel qu'indiqué)	_____
Numéro de Carte:	_____
Les 3 chiffres: (en arrière de la carte)	_____
Date d'expiration : (mois/année)	_____

### INFORMATION GÉNÉRALE

Adresse de Facturation:		
_____		
Ville: _____	Province/État: _____	Code Postal/Zip: _____
Tél: (    ) _____	Télécopieur: (    ) _____	Courriel: _____
Adresse d'Envoi: <i>(si l'adresse d'envoi est différente que celle de l'adresse de facturation)</i>		
_____		
Ville: _____	Province/État: _____	Code Postal/Zip: _____
Tél: (    ) _____	Télécopieur: (    ) _____	Courriel: _____

Représentant(e) de Vente  
NuIMPACT: \_\_\_\_\_

## AUTHORISATION

*Une autorisation est requise si livraison est destinée à une adresse différente que celle de l'expédition.*

J'autorise Nuimpact Corp. à débiter le numéro de carte de crédit identifié tel que convenu pour les achats livrés à une adresse différente que celle présentée précédemment.

### *Utilisation Consomptible*

J'autorise Nuimpact Corp. à débiter le numéro de carte de crédit identifié tel que convenu pour cet achat seulement.

### *Utilisation Continue*

J'autorise Nuimpact Corp. à débiter le numéro de carte de crédit identifié tel que convenu pour tous achats présents et futurs moyennant d'un avis verbal ou écrit.

### **MODALITÉS D'ACCORD DE PAIEMENT PRÉ-AUTORISÉ**

1. Dans le présent accord, les expressions « je, me, mon, mes » désignent chaque titulaire de compte qui signe ci-après.
2. Je conviens de participer au programme de paiement pré-autorisé à des fins personnelles ou de consommation et autorise le bénéficiaire NUIMPACT CORP. à débiter, sous forme papier, électronique ou autre pour le paiement de produits ou de services de consommation et autorise l'établissement financier à payer les débits en question.
3. Je peux révoquer ou annuler le présent accord à n'importe quel moment avec un avis écrit. Je reconnais que la révocation ou d'annulation au bénéficiaire. Le présent accord s'applique uniquement au mode de paiement et je reconnais que la révocation ou l'annulation du présent accord ne met pas fin aux ententes que j'ai conclues avec NuIMPACT Corporation et n'ont pas d'autres répercussions sur ces ententes.
4. Je conviens que la remise du présent accord au bénéficiaire constitue une remise, de ma part, à mon établissement financier. Je conviens que le bénéficiaire peut rémettre le présent accord à son propre établissement financier et accepte la divulgation de renseignements personnels que contient le présent accord à cet établissement financier.
5. J'atteste que tous les renseignements que j'ai transmis concernant sont exacts et je m'engage à informer par écrit le bénéficiaire si des changements surviennent quant aux renseignements sur le compte fournis aux termes du présent accord, au moins sept (7) jours ouvrables avant la fin de la prochaine date d'échéance d'un débit pré-autorisé. Si un tel changement se produit, le présent accord continue à s'appliquer quant au nouveau compte qui doit servir aux prélèvements pré-autorisés.

Nom du Titulaire de Compte/ Fonction:	Nom de l'Entreprise:
Signature du Titulaire de Compte:	Date:

Veuillez télécopier ce formulaire complété et signé au numéro: (905) 475-8820, par courriel à [accounting@nuimpact.com](mailto:accounting@nuimpact.com), ou par poste à l'adresse suivante: Nuimpact Corp., 130 Konrad Crescent, Unit #11, Markham, Ontario, Canada, L3R 0G5