

N° du fournisseur (si connu):	_____
Nom du fournisseur:	_____
Adresse:	_____
HST/TPS/TVQ:	_____

Les renseignements compris dans ce formulaire serviront à la gestion du programme de paiement de factures par transfert électronique de fonds de Dream et ne seront pas autrement utilisés ou divulgués sauf lorsque la loi l'exige ou le permet. Par la présente, le fournisseur autorise Dream à payer par voie électronique tout montant pouvant être dû par Dream au fournisseur. Les montants dus seront déposés dans le compte bancaire du fournisseur selon l'information ci-dessous.

Nom de l'institution financière:	_____				
Adresse de l'institution financière:	_____				
N° de l'institution financière:	_____	N° de la succursale:	_____	N° de compte:	_____
Nom sur le compte:	_____				
Adresse:	_____				
	(Si différent de l'adresse du fournisseur.)				
Dream avisera le fournisseur par courriel quand un paiement électronique sera acheminé au compte ci-haut mentionné. Veuillez nous fournir une adresse courriel valide.					
<b>Courriel:</b>	_____				
<b>Nom contact:</b>	_____	<b>Téléphone:</b>	_____		

**Par la présente, le fournisseur convient que:**

1. Cette autorisation demeurera en vigueur jusqu'à ce que le fournisseur décide d'y mettre fin en donnant un préavis de 10 jours à Dream.
2. Dream ne sera pas tenu responsable s'il y a un retard de paiement pour une raison hors de son contrôle et ne sera pas tenu de payer aucun frais ou pénalité.
3. Le fournisseur remboursera immédiatement toute somme versée en trop par Dream.
4. Le fournisseur est responsable de communiquer avec Dream de tout changement du contenu de ce formulaire.
5. Le fournisseur fournira toute l'information requise à cette autorisation, y compris la remise des documents suivants :
  - a) Une copie du formulaire dûment signé accompagné d'un spécimen de cheque; OU
  - b) Une lettre de l'institution financière, dûment signée, confirmant l'exactitude des renseignements bancaires.



Autorisation de Transfert Électronique  
De Fonds (EFT)

Lu et accepté le: \_\_\_\_\_ jour de \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_

Nom: \_\_\_\_\_

Titre: \_\_\_\_\_

J'ai le pouvoir de lier la société. Je confirme que les renseignements indiqués sur ce formulaire sont complets et exacts et les originaux sont remis à Dream.

Une fois ce formulaire rempli, veuillez l'envoyer par courriel, avec un spécimen de chèque ou une lettre de votre institution financière à : **EFT@dream.ca**

**Veillez ajouter cette adresse e-mail à vos contacts de confiance pour garantir la réception de nos communications.**