



NO. DE
FOURNISSEUR

--

pour usage interne

DÉPÔT DIRECT POUR LE PAIEMENT DE VOS FACTURES

POUR INFORMATIONS : infodepotdirect@cscapitale.qc.ca
Télécopieur : (418) 686-4044

COORDONNÉES DU FOURNISSEUR							
Nom :							
Adresse :							
Ville :	Code postal :						
Téléphone :	Télécopieur :						
Adresse électronique :							
Responsable à contacter :							
COORDONNÉES BANCAIRES							
Institution :							
Adresse :							
Ville :	Province :						
Code postal :							
Téléphone :							
Numéro d'institution :							
Numéro de transit ou succursale :							
Folio ou numéro de compte :							

Par la présente, nous autorisons la Commission scolaire de la Capitale à effectuer des dépôts au compte décrit ci-dessus et consentons à ce qu'elle communique les renseignements nécessaires pour réaliser ces dépôts à toute personne ayant besoin de ces renseignements pour donner suite à la présente autorisation.

Nous aviserons la Commission scolaire de la Capitale par écrit de tout changement de compte bancaire ou d'institution financière de notre entreprise dans les plus brefs délais. Nous comprenons que dans le cas où des frais bancaires seraient encourus par la Commission scolaire de la Capitale pour avoir omis de transmettre lesdits changements en temps opportun, ceux-ci seraient récupérés lors du paiement subséquent de factures.

NOM : _____

DATE : _____

FONCTION : _____

SIGNATURE : _____