

Pre-Authorized Payment Plan / Régime de paiements préautorisés

Dear Customer:

Madame, Monsieur,

Thank you for considering one of our Pre-authorized Payment Plan options. We are pleased to offer this payment service to our customers and appreciate your interest and participation.

Merci de votre intérêt à l'égard de l'une de nos options de paiements préautorisés. Nous sommes heureux d'offrir ce service à notre clientèle et vous remercions d'y participer.

Both of the Pre-authorized Payment Plans offer an easy and economical method of payment for your billings. Once the application form has been completed and returned to us, your future payments will be automatically withdrawn from your bank account.

Nos options de paiements préautorisés constituent un moyen facile et économique de payer ses factures. Après que vous nous aurez retourné le formulaire rempli, vos paiements seront automatiquement prélevés de votre compte bancaire.

If you have any questions, please contact our Customer Service Department by phone at (705) 675-7536 or West Nipissing at (705) 753-2341, during regular business hours, by fax at (705) 671-1413, or by email at customerservice@gsuinc.ca

Si vous avez des questions, veuillez communiquer avec notre Services à la clientèle au 705-675-7536 ou West Nipissing au (705) 753-2341, pendant les heures d'ouverture, par fax au 705-671-1413, ou par courriel à l'adresse suivante customerservice@gsuinc.ca

To enroll in the Pre-authorized Payment Plan, please fill out the form below and return the completed form with a voided cheque or a pre-authorized debit form from your financial institution to the above address or email address. This notification must be received at least ten (10) business days before the next debit is scheduled.

Pour vous inscrire, veuillez remplir le formulaire ci-dessous accompagné d'un chèque annulé ou un formulaire d'autorisation de retrait direct de votre institution financière et le retourner par la poste ou par courriel à l'adresse ci-dessus. Nous devons les recevoir au moins 10 jours de travail avant la date prévue du prochain retrait.



Building Connections for Life
Établir des liens pour la vie

Enrolment Card / Carte d'inscription

I/we, the undersigned, authorize Greater Sudbury Hydro Plus Inc. and the financial institution designated, to begin deductions as per my/our instructions for monthly recurring payments and/or actual invoiced amount, for charges arising under my Greater Sudbury Utilities account. This authorization is to remain in effect until Greater Sudbury Utilities has received written notification from the undersigned of its change or termination.

Je (« Je » s'applique à toutes les personnes signataires) autorise Hydro Plus du Grand Sudbury Inc. et l'institution financière désignée à débiter mon compte, selon mes instructions, des paiements mensuels récurrents et/ou du montant réel facturé à mon compte des Services publics du Grand Sudbury. La présente autorisation demeurera en vigueur jusqu'à ce que les Services publics du Grand Sudbury reçoivent un avis écrit de ma part leur signifiant mon intention d'en modifier les conditions ou de l'annuler.

Please select: Monthly Equal Payment Plan
(An equal amount is withdrawn monthly and reconciled annually. Available to: Residential and Small Commercial.)
Draft date of choice. 1st or 21st

or

Actual Invoiced Payment Plan
(Pay actual amount owing on every invoice on the due date. Available to: Residential and Commercial.)
Draft on Due Date of Invoice

Choisir : **Régime de paiements égaux mensuels**
(Paiements égaux est prélevés tous les mois à la date de choix. Le montant est réconcilié annuellement. Pour résidentiel et certain compte commercial.)
La date de votre choix. 1er ou 21^e

ou

Plan Régime de paiement du montant réel facturé
(Payer le montant actuel dû sur chaque facture à la date d'échéance. Pour résidentiel et commerciales.)
Retrait à la date d'échéance de la facture

GSU Account Number / Numéro de compte de GSU: _____

Name / Nom: _____

Service Address / Adresse de service: _____

Primary Phone | Téléphone primaire: _____ Secondary Phone / Téléphone secondaire: _____

E-mail / Courriel: _____

Signature: _____ Date: _____

You, the payor, may revoke your authorization at any time, subject to providing notice of 30 days. You, the payor, have certain recourse rights if any debit does not comply with this agreement. For example, you have the right to receive reimbursement for any debit that is not authorized or is not consistent with this PAD agreement. To obtain more information on your recourse rights, or a sample cancellation form, or for more information on your right to cancel a PAD agreement, contact your financial institution or visit www.payments.ca.

Vous (la payeuse ou le payeur) pouvez révoquer cette autorisation à n'importe quel moment, à condition d'en aviser l'entreprise dans les 30 jours. Vous avez certains recours si le montant débité n'est pas conforme à la présente entente. Par exemple, vous avez le droit qu'on vous rembourse les sommes débitées, mais non autorisées, ou qui ne sont pas conformes à l'entente de débit préautorisé. Pour plus de renseignements sur vos droits de recours, pour obtenir un formulaire d'annulation ou d'autres renseignements sur vos droit d'annuler un débit préautorisé, veuillez communiquer avec votre institution financière ou consulter le www.payments.ca.

IMPORTANT: Please enclose a sample of your cheque marked "VOID" or pre-authorized debit form from your financial institution.
IMPORTANT : Veuillez joindre votre chèque annulé au formulaire d'autorisation de retrait direct de votre institution financière.