



**SOT – Personal Pre-Authorized Monthly Debit (PAD) Agreement**  
**ANT – Accord de Débit Mensuel Préautorisé Personnel (DPA)**

**PAYEE INFORMATION**

**RENSEIGNEMENTS SUR LE BÉNÉFICIAIRE**

<b>Support Our Troops</b> 4210 Labelle Street Ottawa ON K1A 0K2	<b>Appuyons nos troupes</b> 4210 rue Labelle Ottawa ON K1A 0K2
---	--

Tel. / tél.: 613-943-8756 Fax / Télécopieur: 613-996-4207	1-888-753-9828 E-mail / Courriel: <a href="mailto:cfpaf@cfmws.com">cfpaf@cfmws.com</a>
--	---

**PAYOR INFORMATION / RENSEIGNEMENTS SUR LE PAYEUR**

Last name – Nom	First name/Init – Prénom/Init	Initial - Initiale	Service No – No matricule
Address – Adresse		City – Ville	Province – Province
Home – Résidence		Work – Bureau	
Telephone Téléphone			

**PAYOR FINANCIAL INSTITUTION/BANKING INFORMATION**

**RENSEIGNEMENTS SUR L'INSTITUTION FINANCIÈRE OU SUR LA BANQUE DU PAYEUR**

Bank – Banque	Address – Adresse		
City – Ville	Province – Province	Postal Code – Code Postal	
Branch No – No de la Succursale	Institution No – No de L'Institution	Account No – No du Compte	

Attached is an unsigned sample cheque marked "VOID" indicating the bank branch and account to which the monthly debit is to be made.  
*Ci-joint vous trouverez un chèque annulé indiquant le numéro de la succursale et le numéro du compte de banque dans lequel le débit mensuel doit être effectué.*

I hereby authorize SOT to draw a monthly debit from my account on the last day of each month, payable to SOT, for payment of my SOT loan. I have certain recourse rights if any debit does not comply with this agreement. For example, I 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 my recourse rights, I may contact my financial institution or visit [www.cdnpay.ca](http://www.cdnpay.ca). The PAD agreement shall remain in force until revoked by me, or by SOT, in writing at least 10 business days before the next debit. To obtain a sample cancellation form, or for more information on my rights to cancel a PAD Agreement, I may contact my financial institution or visit [www.cdnpay.ca](http://www.cdnpay.ca).

The information provided on this form is protected from unauthorized disclosure under Canada's Privacy Act, Personal Information Protection and Electronic Documents Act or equivalent provincial legislation and is available to you upon written request.

*Par la présente, j'autorise le débit mensuel de mon compte par l'ANT le dernier jour de chaque mois, payable à l'ANT, aux fins de paiement de mon contrat de prêt de la ANT. J'ai certains droits de recours si un débit n'est pas conforme au présent accord. Par exemple, j'ai le droit de recevoir le remboursement de tout débit qui n'est pas autorisé ou qui n'est pas compatible avec le présent Accord de DPA. Pour obtenir plus d'information sur mes droits de recours, je peux communiquer avec mon institution financière ou visiter [www.cdnpay.ca](http://www.cdnpay.ca). L'Accord de DPA demeure en vigueur jusqu'à ce que je, ou la ANT, la révoque par écrit au moins 10 jours ouvrables avant la date du prochain débit. Pour obtenir un spécimen de formulaire d'annulation, ou pour plus d'information sur mon droit d'annuler un Accord de DPA, je peux communiquer avec mon institution financière ou visiter [www.cdnpay.ca](http://www.cdnpay.ca).*

*Les renseignements donnés dans ce formulaire sont protégés contre toute divulgation non autorisée en vertu de la Loi sur la protection des renseignements personnels du Canada, la Loi sur la protection des renseignements personnels et les documents électroniques ou autres lois provinciales équivalentes et ils vous seront fournis sur demande par écrit.*

\_\_\_\_\_  
Signature of Payor – Signature du Payeur

\_\_\_\_\_  
Date - Date  
(dd-mm-yy)

**STAPLE CHEQUE HERE – AGRAPHER LE CHÈQUE ICI**

SAMPLE – EXEMPLE

**VOID CHEQUE – CHÈQUE ANNULÉ**

Branch No – No Succursale

Institution No - No Institution

Account No – No du Compte