



Adhésion au paiement préautorisé

2905 rue de celles suite 102
Québec (Qc), G2C 1W7
Tél: 1-888-467-2004
Fax: 1-888-467-9997
sac@distributionplusplus.ca

Numéro de client Pharmaplus :

Titulaire(s) du compte

Nom et prénom du (des) titulaire (s)	Numéro téléphone
Adresse (rue, ville, province)	Code postal

Institution financière

Nom de l'institution financière		Numéro téléphone
Adresse (rue, ville, province)		Code postal
No transit	No institution	No folio

**IMPORTANT : Joindre un spécimen de chèque portant la mention « Annulé »
Pour éviter toute erreur de transcription**

Autorisation du PPA

Le titulaire du compte reconnaît et convient de participer au programme de paiement préautorisé de Distribution Pharmaplus Inc. pour le règlement de ces achats de produits pharmaceutiques, de médicaments en vente libre (OTC) et parapharmaceutique.

J'autorise Distribution Pharmaplus Inc. à effectuer des prélèvements autorisés (PPA), dans mon compte détenu à l'institution financière désignée ci-dessus pour des paiements chaque vendredi selon les termes de paiement prévus lors de l'ouverture de compte.

Le paiement porté au compte du titulaire lui sera divulgué lors de l'envoi bimensuel d'un état de compte au moins 10 jours avant la date du paiement. Les paiements se font chaque vendredi.

Terme de paiement

2%/30 net 45 jours sur les RX innovateurs et génériques avec une marge à 6.5% et NET 30 jours pour tous les autres produits incluant les narcotiques.

Révocation et annulation

Toute révocation à l'adhésion au paiement préautorisé devra être communiquée au moins 30 jours avant la date prévue du paiement. Je dégage l'institution financière de toute responsabilité si la révocation n'est pas respectée, à moins qu'il ne s'agisse d'une négligence grave de leur part. Je garantis que toutes les personnes dont les signatures sont nécessaires pour l'autorisation du PPA ont signé cet accord.

Signature du ou des titulaires

Signature	Date
Signature du second titulaire	date