



## DIRECT DEPOSIT APPLICATION (Vendors) INSCRIPTION POUR LE DEPOT DIRECT (Fournisseurs)

### A- Personal Information / Renseignements Personnels

Family Name / Nom de famille	First Name / Prénom
------------------------------	---------------------

OR

Company Name / Nom de la compagnie	E-mail / Courriel
------------------------------------	-------------------

Address / Adresse	Tel. No.
	Postal Code Postal

### B- Requested Action / Situation Désirée (Check one / Cocher)

	Effective Date / Date demandée (DD/MM/YY)
Start Direct Deposit / Début du Dépôt Direct	<input type="checkbox"/>
Change Direct Deposit / Modification Dépôt Direct	<input type="checkbox"/>
End Direct Deposit / Arrêt Dépôt Direct	<input type="checkbox"/>

### C- Financial Institution Information / Renseignements de l'Institution Financière

Direct Deposit Routing Number / No. D'acheminement du Dépôt Direct		
Branch No. Succursale (5 digits)	Inst. No. (3 digits)	Account No. Compte (min 7 digits)
Financial Institution Financière: name, address and postal code / Nom, adresse et code postal		
		Tel:

OR  
**Attach a Void Cheque**

### D- Authorization and Signature / Autorisation et Signature

I, the undersigned, have read and understand this request form. I authorize the Canadian Red Cross to deposit my payments into my account by means of Direct Deposit, instead of mailing cheques to me. In addition, I authorize Canadian Red Cross to redirect the deposit of my payments to an account number other than the one listed above when Canadian Red Cross is notified by the financial institution of changes to the Financial Institution, branch or account number.

**To avoid delayed payments, I will contact Canadian Red Cross immediately if I change Financial Institutions, branches or close my account or change my mailing address.**

Je, sousigné(e), ai lu et compris cette demande d'inscription. J'autorise, jusqu'à nouvel avis, La Croix Rouge Canadienne à déposer mes paiements dans mon compte par Dépôt Direct, au lieu de me faire parvenir un chèque par courrier. De plus, j'autorise la Croix Rouge Canadienne à faire suivre le paiement à un compte différent de celui mentionné di-dessus au moment où l'institution financière avisera la Croix Rouge Canadienne d'un changement d'institution financière, de succursale ou de numéro de compte.

**Afin d'éviter tout retard de paiement de mes prestations, je communiquerai aussitôt avec le Centre de paiements de la Croix Rouge Canadienne si je change d'institution financière, de succursale ou si je ferme mon compte bancaire ou de tout changement d'adresse postale.**

Signature	Date (DD/MM/YY)
-----------	-----------------