

ANNEX A, CHAPTER 18

Non Public Property (NPP) Payment Deduction Authorization (PDA)/ Autorisation de prélèvement par les Biens non publics (BNP)

Her Majesty The Queen in right of Canada as represented by the Chief of the Defence Staff in his Non Public Property capacity through the Canadian Forces Personnel and Family Support Services (CFPFSS)  
Sa Majesté la Reine du chef du Canada représentée par le Chef d'état-major de la Défense en sa capacité de responsable des Biens non publics par l'intermédiaire des Services de soutien au personnel et aux familles des Forces canadiennes (SSPFFC)

Base/Base <b>Garrison Toronto</b>		NPP Outlet /Établissement des BNP		Account /Compte (UIEOS)	
Last name (please PRINT)/Nom (en LETTRES MOULÉES)		First Name/Prénom	Rank/Unit/Section	Grade/unité/section	Date/Date
Regular Force Force régulière <input type="checkbox"/>	Reserve Réserve <input type="checkbox"/>	Service N°/ID N° N° matricule/N° d'identité	OTHER -Specify AUTRE – préciser	NPF Employee Employé des FNP <input type="checkbox"/>	PRI Number/SIN if civilian CIDP/NAS (si civil)
Address/Adresse		City/Ville		Province Province	Postal Code/Code postal
Telephone (home)/ N° de téléphone (maison)		Telephone (business)/ N° de téléphone (bureau)		Email address / Adresse de courriel	
Credit Card No/N° de carte de crédit		Expiry Date/Date d'expiration Month/Year Mois/année		CREDIT CARD TYPE - MASTERCARD / VISA / AMERICAN EXPRESS CARTE DE CRÉDIT - MASTERCARD/VISA/AMERICAN EXPRESS	
Sub Total/Total partiel		PST/GST-HST/TVP/TPS-TVH		Total/Total	
Down Payment Acompte		Less Down Payment/ Moins acompte		Total Deduction Amount/ Montant du prélèvement	
Cash Comptant <input type="checkbox"/>	Debit/Credit Card Carte de débit/crédit <input type="checkbox"/>	Cheque Chèque <input type="checkbox"/>	\$ Amount of monthly Payment x # of Monthly Payments = Total Payment Versement mensuel multiplié par le nombre de mois = montant total		
These products and/or services are for (check one) Personal <input type="checkbox"/> Business Use <input type="checkbox"/> Ces produits ou services sont pour une utilisation personnelle <input type="checkbox"/> professionnelle <input type="checkbox"/> (cocher une case)					
NPP PDA Plan	Pre-Authorized Debit (PAD) Prélèvement par les BNP One payment per month on the 15 <sup>th</sup> or 30 <sup>th</sup> Un prélèvement automatique par mois, le 15 <sup>e</sup> ou le 30 <sup>e</sup> jour (Provide bank information below) (Fournir l'information bancaire ci-dessous)	15 <input type="checkbox"/>	30 <input type="checkbox"/>	Military Pay Deduction (Regular Force only) Délégation de solde (membres de la Force régulière seulement)	NPF Pay Deduction (full time Employees only) Retenue salariale des FNP (employés des FNP à temps plein seulement)
Option 1 <input type="checkbox"/>	Indefinite Term & Value/Durée et montant indéterminés		Month & Year of First Withdrawal:/Mois et année du premier prélèvement Month/Mois: Year/Année:		Monthly PDA Payment Prélèvement mensuel
I hereby agree to pay the monthly PDA payment commencing the month specified herein, until such time as I advise CFPFSS in writing to cease such payment. I have read and understand the terms and conditions of this contract. J'autorise les prélèvements mensuels à compter du mois indiqué dans le présent formulaire jusqu'à ce que je demande par écrit aux SSPFFC de cesser ces prélèvements. J'ai lu et compris les conditions de ce contrat.					
<b>Customer's signature/Signature du client</b>					
Option 2 <input type="checkbox"/>	Fixed Term & Value Durée et montant déterminés		Month & Year of First Withdrawal: Mois et année du premier prélèvement : Month/Mois: Year/Année:	Month & Year of Last Withdrawal: Mois et année du dernier prélèvement : Month/Mois: Year/Année:	Monthly PDA Payment Prélèvement mensuel
I hereby agree to pay the monthly PDA payment commencing the month and year specified herein and monthly thereafter up to and including the last month in the year specified. I have read and understand the terms and conditions of this contract. J'autorise les prélèvements mensuels à compter du mois et de l'année indiqués dans le présent formulaire et tous les mois par la suite jusqu'au dernier mois de l'année indiquée. J'ai lu et compris les conditions de ce contrat.					
<b>Customer's signature/Signature du client</b>					
<b>PRE-AUTHORIZATION FOR MONTHLY DEBIT / AUTORISATION DE PRÉLÈVEMENT AUTOMATIQUE MENSUEL</b>					
I hereby authorize CFPFSS to draw a monthly debit from my account, payable to CFPFSS, for payment to the NPP Outlet identified above. It is agreed that your treatment of each debit and your rights with respect to it shall be the same as if it were authorized by the undersigned and that the failure to pay any such debit shall give rise to no liability on your part. This authorization may be revoked on ten days written notice by the undersigned. You have certain recourse rights if any debit does not comply with this agreement. For example, you have the right to receive reimbursement for any PAD that is not authorized or is not consistent with this PAD Agreement. To obtain a Reimbursement Claim form, or for more information on your recourse rights contact your financial institution or visit <a href="http://www.cdnpay.ca">www.cdnpay.ca</a> .			Par la présente, j'autorise les SSPFFC à effectuer un prélèvement mensuel dans mon compte bancaire payable aux SSPFFC pour l'établissement des BNP susmentionné. Il est convenu que vos droits à l'égard du prélèvement sont les mêmes que s'il avait été autorisé par le soussigné et que vous ne pouvez être tenus responsables en cas de défaut de paiement. Le soussigné peut annuler la présente autorisation en donnant un préavis écrit de dix jours. Vous avez certains recours si le prélèvement n'est pas conforme à la présente autorisation. Par exemple, vous avez droit à un remboursement de tout prélèvement non autorisé ou non conforme à la présente autorisation. Pour obtenir un formulaire de demande de remboursement ou pour connaître vos droits de recours, communiquez avec votre institution bancaire ou visitez le <a href="http://www.cdnpay.ca">www.cdnpay.ca</a> .		
<b>Bank Information (Must attach Blank Cheque marked VOID)/Information bancaire (Veuillez joindre un spécimen de chèque annulé)</b>					
Financial Institution - Institution financière		Address - Adresse		City Ville	Province Postal Code/Code postal
Branch N° – N° de la succursale		Institution N° - N° de l'institution		Account N° - N° du compte	
<p>STAPLE VOID CHEQUE HERE- AGRAFER LE CHÈQUE ANNULÉ ICI</p> <p>Void cheque may cover BANK information, but please make sure customer signature at the bottom is showing for photo copy. Le chèque peut masquer la section de l'information bancaire, mais non la signature du client, qui doit demeurer visible pour des fins de photocopie. Bottom of VOID CHEQUE not to go below this line. La partie inférieure du chèque ne doit pas dépasser la ligne ci-dessous.</p>					
Customer's signature - Signature du client			Date		NPF Staff Signature Signature du membre du personnel des FNP  SEE OVER/VERSO

TERMS AND CONDITIONS	CONDITIONS
<p><b>Promise to pay:</b> You promise to pay the amount of the contract according to your payment schedule. <b>See Note:</b></p> <p><b>Title:</b> Responsibility for this debt is not transferable.</p> <p><b>Location:</b> If you move from the address shown on the reverse side, you must notify CFPFSS of your new address without delay.</p> <p><b>Default:</b> You will be considered in default under the terms of this contract if any of these conditions apply:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. you fail to make any payment on time;</li> <li>2. you fail to meet any promise you have made in this contract;</li> <li>3. you become insolvent or bankrupt;</li> <li>4. payment is returned for insufficient funds or any other reason.</li> </ol> <p><b>Remedies:</b> If you are in default under this contract, CFPFSS has certain legal remedies available. CFPFSS may, in addition to any other remedy available at law,</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. demand that the full balance owing be paid immediately;</li> <li>2. charge the outstanding balance to your credit card;</li> <li>3. commence legal proceedings for recovery of the balance owing;</li> <li>4. sell this contract to a financial institution; or</li> <li>5. deduct the outstanding amount directly from your pay, if you are an NPF employee.</li> </ol> <p><b>Insufficient Funds Charge:</b> A service charge will apply in the event a pre-authorized debit (PAD) is refused due to insufficient funds, or any other reason. The amount of the PAD, plus the service charge, may be debited to your credit card or bank account.</p> <p><b>NPF Employees:</b> At the time employment with the Staff of the Non-Public Funds, Canadian Forces ceases, the remaining balance on this Contract must be paid in full. The amount owing will be deducted from the employee's final NPF pay cheque. If the amount owing is greater than the employee's final NPF pay cheque, then the residual amount is to be charged to the employee's valid credit card.</p> <p><b>Applicable Law:</b> Any part of this contract which is contrary to the laws of any province shall be severable and not invalidate the other parts of this contract. This contract shall be construed in accordance with the laws of Canada and the province in which it is signed.</p> <p><b>Credit Reporting:</b> By signing this contract you authorize and consent to the receipt and exchange of credit and related information by CFPFSS with any credit reporting agency, credit bureau or any person or corporation with whom you have or may have financial relations. This authorization shall, until withdrawn, be continuing for the duration of this contract.</p> <p><b>Pre-Authorized Debit:</b> You are required to inform CFPFSS, in writing, of any change in the account information provided on the front page prior to the next due date of the payment.</p> <p><b>Note:</b> In circumstances where this is a voluntary payment such as a charitable donation, "Terms and Conditions" are not binding and "Insufficient Funds Charges" are not applicable.</p>	<p><b>Promesse de paiement :</b> Vous promettez de payer le montant du contrat, suivant le calendrier des versements établi. <b>Voir le nota.</b></p> <p><b>Titre :</b> La responsabilité de cette dette n'est pas transférable.</p> <p><b>Lieu :</b> Si vous déménagez de l'adresse indiquée au verso, vous devez faire part de votre nouvelle adresse sans délai aux SSPFFC.</p> <p><b>Manquement :</b> On considérera que vous avez manqué à vos obligations en vertu du présent contrat si :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. vous omettez de faire un versement à temps;</li> <li>2. vous omettez de tenir une promesse faite en vertu du présent contrat;</li> <li>3. vous devenez insolvable ou vous faites faillite;</li> <li>4. le versement est retourné pour insuffisance de provisions, ou pour toute autre raison.</li> </ol> <p><b>Recours :</b> Les SSPFFC disposent de certains recours judiciaires si vous ne respectez pas les clauses du présent contrat. Les SSPFFC peuvent exercer, entre autres, les recours judiciaires suivants :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. exiger que le solde impayé soit réglé sur-le-champ;</li> <li>2. porter le solde impayé au compte de votre carte de crédit;</li> <li>3. entreprendre des poursuites judiciaires en vue de recouvrer le solde impayé;</li> <li>4. vendre le présent contrat à une institution financière;</li> <li>5. retenir le montant impayé de votre paie, si vous êtes un employé des FNP.</li> </ol> <p><b>Frais pour insuffisance de provisions :</b> Des frais de service s'appliquent à tout prélèvement automatique (PA) refusé pour insuffisance de fonds, ou pour toute autre raison. Les SSPFFC peuvent débiter ces frais, en sus du montant du PA, de votre carte de crédit ou de votre compte de banque.</p> <p><b>Employés des FNP :</b> Le signataire qui cesse de travailler pour le Personnel des fonds non publics, Forces canadiennes doit acquitter le solde du contrat en entier. Le solde sera retenu de la dernière paie de l'employé. Si le solde est supérieur au montant de la dernière paie de l'employé, il sera imputé à la carte de crédit de ce dernier.</p> <p><b>Loi applicable :</b> Toute partie du présent contrat qui est contraire aux lois de l'une ou l'autre des provinces peut être disjointe et ne rend pas invalide les autres parties dudit contrat. Le présent contrat sera interprété selon les lois du Canada et de la province où il est signé.</p> <p><b>Évaluation du crédit :</b> En signant le présent contrat, vous autorisez les SSPFFC à recevoir et à échanger des renseignements concernant votre crédit avec toute agence d'évaluation du crédit, tout bureau de crédit ou toute personne ou compagnie avec qui vous avez ou pourriez avoir des rapports d'ordre financier. Cette autorisation est accordée, à moins qu'elle soit retirée, pour la durée du contrat.</p> <p><b>Prélèvement automatique :</b> Il vous incombe d'informer les SSPFFC, par écrit, de toute modification aux renseignements sur votre compte fournis au devant du présent contrat avant la date du prochain versement.</p> <p><b>Nota :</b> Si les paiements sont versés volontairement, par exemple, dans le cas de dons de bienfaisance, les conditions ne sont pas exécutoires et les frais pour insuffisance de provisions ne s'appliquent pas.</p>

**Note:** Payment Deduction Authorization (PDA) inquiries should be directed to your local NPF Accounting Office or the National Accounts Receivable Office – P.O. Box 338, Borden On. L0M 1C0, Email: [NARO1@cfpsa.com](mailto:NARO1@cfpsa.com), Fax # (705) 423-2564, Phone # (Toll free) 1(866) 930-1799.

**Nota :** Toute demande de renseignements sur l'autorisation de prélèvement peut être adressée au bureau local de la comptabilité des FNP ou au bureau national des comptes clients, au P.O. Box 338, Borden (Ontario) L0M 1C0, par courriel à l'adresse [NARO1@aspfc.com](mailto:NARO1@aspfc.com), par télécopieur au 705-423-2564, ou par téléphone sans frais au 1-866-930-1799.

**I have read and understand the above terms and conditions of this contract.  
J'ai lu et compris les dispositions et de ce contrat.**

Customer Signature  
Signature du client

Date \_\_\_\_\_

NPF Staff Signature  
Signature du membre du personnel des FNP

Date \_\_\_\_\_