



FORMULAIRE D'AUTORISATION DE DÉPÔT DIRECT
DIRECT DEPOSIT FORM AUTHORIZATION

Nom / Last Name : Kristof Tessier

Prénom / First Name : Carl

Date de début / Start Date : ~ 10 June 2020

- ☒ Je certifie que les renseignements sont véridiques et que, en ma qualité de titulaire de compte individuel, j'autorise l'Institut de recherche du CUSM (IR-CUSM) à déposer électroniquement, le versement de salaire/bourse toutes les deux semaines, dans le compte bancaire désigné et identifié ci-dessous. J'accepte que tout paiement en double, tout paiement en trop, tout paiement frauduleux ou tout paiement fait par erreur soit retourné promptement à l'IR-CUSM. J'accepte également que tout changement futur aux informations fournies ci-dessous sera soumis en remplissant un autre formulaire.

I certify the information is true and correct, and that, I, as the individual account holder, hereby, authorize the Research Institute of the MUHC (RI-MUHC) to electronically deposit my bi-weekly salary/stipend payments to the designated bank account identified below. I agree that any duplicates payments, overpayments, fraudulent payments or a payment made in error will be promptly returned to the RI-MUHC. I also agree that any future changes to information provided below will be submitted by completing another form.

Signature

3 / 11 / 2020
Date (dd/mm/yyyy)

CARL KRISTOF TESSIER
4015 AV WEST HILL
MONTREAL QC H4B 2S6
TEL: (514) 706-7772

001

DATE 2 0 - -
Y Y Y Y M M D D

PAY TO THE
ORDER OF

\$

/100 DOLLARS Security features included. Details on back.



ROYAL BANK OF CANADA
SHERBROOKE & HAMPTON
8051 SHERBROOKE ST. W.
MONTREAL, QC H4A 1Y2

MEMO

17

⑈001⑈ ⑆06061⑈003⑆505⑈157⑈8⑈