

AL JAZIRA

Islamic Center, Nuns' Island

Please support Al Jazira Islamic Center, Nuns' Island location (AJIC) to obtain the necessary funds to maintain its operations. You will receive a tax receipt at the end of the year for your donation. You may modify or cancel this authorization at any time by giving a written notice.

DONOR'S PERSONAL INFORMATION:

First Name				
Last Name				
Address				
City		Province	Postal Code	
Phone				
E-Mail				

I want to support Al Jazira Islamic Center, Nuns' Island location by making a monthly contribution. Please debit my bank account:

\$60 \$70 \$80 \$100 Other Amount _____ (Specify)

Start Date: ____/____/____ End Date (if applicable): ____/____/____

DONOR'S BANK INFORMATION (attach VOID cheque)

Bank Name		Institution Number	
Transit Number		Account Number	

By signing this form, I authorize AJIC to charge the amount indicated above to the designated account on the 30th of each month or the next business day.

I may revoke my authorization at any time, subject to providing notice of **fourteen (14) days** before the payment due date, by sending an email to aljazira.ic@gmail.com or delivering a written notice to one of AJIC's administrator. To obtain a sample cancellation form, or for more information on my right to cancel a PAD Agreement, I may contact my financial institution or visit www.cdnpay.ca.

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.

SIGNATURE

Authorized Signature: _____ Date: ____/____/____

Note: For timely delivery of your tax receipt, please notify us of any changes in your mailing address.

AL JAZIRA

Centre Islamique, île-des-Sœurs

Veuillez soutenir le Centre Islamique Al Jazira à l'Île des Sœurs afin de couvrir ces charges opérationnelles. Vous recevrez un reçu d'impôt à la fin de l'année pour votre don. Vous pouvez modifier ou annuler cette autorisation en tout temps en nous transmettant un avis écrit.

INFORMATIONS PERSONNELLES DU DONATEUR:

Prénom					
Nom					
Adresse					
Ville		Province		Code postal	
Téléphone					
Courriel					

Je tiens à soutenir le Centre Islamique Al Jazira à l'Île des Sœurs par des dons mensuels. Veuillez prélever du compte bancaire:

60\$ 70\$ 80\$ 100\$ **Autre montant** _____ (Spécifier)

Date du début: ____/____/____ Date de fin (si applicable): ____/____/____

INFORMATIONS BANCAIRES DU DONATEUR (Veuillez joindre un spécimen chèque)

Banque		Numéro d'institution	
Numéro de succursale		Numéro de compte	

En signant ce formulaire, j'autorise AJIC à débiter de mon compte le montant indiqué ci-dessus chaque 30ème jour de chaque mois ou le jour ouvrable suivant.

Mon autorisation peut être révoquée en tout temps en transmettant un avis **quatorze (14) jours** avant la date de retrait, en envoyant un courriel à aljazira.ic@gmail.com ou en déposant un avis écrit à la direction ou à un membre de l'administration. Pour obtenir un formulaire d'annulation ou plus d'information concernant l'annulation de cette entente, vous pouvez contacter votre institution financière ou visiter le site www.cdnpay.ca.

Tous mes droits sont réservés en cas de non respect de cette autorisation et j'ai le droit à un remboursement total pour tout retrait non autorisé ou non conforme à cette entente. Pour obtenir plus d'informations sur mes droits de recours, je peux communiquer avec mon institution financière ou visiter le site www.cdnpay.ca.

SIGNATURE

Signature d'autorisation: _____ Date: ____/____/____

Note: À des fins de livraison efficace de votre reçu d'impôt, veuillez nous aviser de tout changement d'adresse.