

## Formulaire de compte de dépenses

### SCFP – section locale 4574

**NOM :** \_\_\_\_\_

**ADRESSE :** 555, BOUL. CHAREST EST, 2<sup>E</sup> ÉTAGE, BUR. 2145

QUÉBEC (QUÉBEC) G1K 9E5

**TITRE DE L'ACTIVITÉ :** \_\_\_\_\_

**DATE ET ENDROIT (ADRESSE) :** \_\_\_\_\_

DATE DES DÉPENSES	DÉTAILS	TOTAL
	Salaire à rembourser à l'employeur    Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Payable à la section locale <b>* Sera facturé par la section locale au CPSU:</b> _____ \$ X _____ heures : _____ \$ Avantages sociaux _____ % du salaire _____ s'il y a lieu	
<b>TOTAL :</b>		

Tous les reçus doivent être joints sinon l'émission des chèques sera retardée jusqu'à réception des documents nécessaires.

Je certifie que les montants ci-dessus ont été dépensés par moi pour le compte du SCFP – section locale 4574.

Signature : \_\_\_\_\_ Date

: \_\_\_\_\_

Autorisé par : \_\_\_\_\_

Montant remboursé : \_\_\_\_\_ Numéro du chèque : \_\_\_\_\_