

Formulaire de compte de dépenses

SCFP – section locale 4574

NOM : _____

ADRESSE : 555, BOUL. CHAREST EST, 2^E 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 * Sera facturé par la section locale au CPSU: _____ \$ X _____ heures : _____ \$ Avantages sociaux _____ % du salaire _____ s'il y a lieu	
TOTAL :		

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 : _____