



**Syndicat des employées et employés professionnels-les et
de bureau, section locale 574 (SEP B) CTC-FTQ**

Formulaire de remboursement – 2018 - 2021



Nom : _____ **Unité :** _____

Adresse : _____ **Code postal :** _____

Signature : _____ **Chèque :** Individu Unité

Courriel ou téléphone : _____

Activité : _____ **Lieu de l'activité* :** _____

Date : _____ **Heure de début :** _____ **Heure de fin :** _____

Repas : ___ X 15,00 \$ (demi-journée) ___ X 30,00 \$ (journée) ___ X 85,00 \$ (extérieur de la ville)

Transport* : De (ville) : _____ À (ville) : _____
Personne(s) covoiturée(s) : _____

Activité : _____ **Lieu de l'activité* :** _____

Date : _____ **Heure de début :** _____ **Heure de fin :** _____

Repas : ___ X 15,00 \$ (demi-journée) ___ X 30,00 \$ (journée) ___ X 85,00 \$ (extérieur de la ville)

Transport* : De (ville) : _____ À (ville) : _____
Personne(s) covoiturée(s) : _____

Activité : _____ **Lieu de l'activité* :** _____

Date : _____ **Heure de début :** _____ **Heure de fin :** _____

Repas : ___ X 15,00 \$ (demi-journée) ___ X 30,00 \$ (journée) ___ X 85,00 \$ (extérieur de la ville)

Transport* : De (ville) : _____ À (ville) : _____
Personne(s) covoiturée(s) : _____

* Les frais de transport ne sont pas remboursés si l'activité se tient sur le lieu de travail (employeur).

DES REÇUS OFFICIELS SONT OBLIGATOIRES POUR LES REMBOURSEMENTS CI-DESSOUS, PAS DE FAC-SIMILÉS.

Stationnement : _____ **Autre :** _____

Libération syndicale payée par l'employeur.

Libération syndicale payée par l'employeur et remboursée par la section locale.

Libération syndicale réclamée à la section locale (remplir le formulaire approprié).

La section locale ne remboursera pas les libérations syndicales qu'elle n'aura pas autorisées.

RÉSERVÉ AU SEP B-574		
POSTE BUDGÉTAIRE	CODE	MONTANT (\$)
No du chèque :	Total :	\$

APPROUVÉ PAR : _____