



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

Formulaire de remboursement – 2022 - 2025



Nom : _____ Unité : _____
 Adresse : _____ Code postal : _____
 Courriel ou téléphone : _____
 Signature : _____ Chèque au nom : Individu Unité

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 : _____