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

Formulaire de remboursement – 2017

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 12,00 $ (demi-journée) ___ X 20,00 $ (journée) ___ X 60,00 $ (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 :** _____

Pour réclamer un remboursement de salaire directement au syndicat, vous devez compléter le formulaire de *Réclamation de salaire et décharge du syndicat*.

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

RÉSERVÉ AU SEPB-574

POSTE BUDGÉTAIRE	CODE	MONTANT ($)
No du chèque :	**Total :**	$

APPROUVÉ PAR : _____