



REMBOURSEMENT DE FRAIS DIVERS

N° de l'établissement : _____

Nom de l'établissement : _____

Nom de la présidente locale : _____

Date de la demande : _____

Description des frais à
rembourser : _____

| | |
|---|--------------------------|
| Type 1 Pour une demande de remboursement à même la caisse syndicale → <u>Annexer une copie de la facture.</u> | <input type="checkbox"/> |
| Type 2 Pour une demande de paiement à faire directement à la personne qui a effectué l'achat → <u>Annexer l'original de la facture, bien indiquer le nom et l'adresse du commerçant et à quel nom le paiement doit être fait.</u> | <input type="checkbox"/> |
| Montant demandé | \$ |
| TOTAL | \$ |

SECTION À L'USAGE DU SPSQ

Date : _____

Autorisé par : _____
