fiq SPSESTIM

Syndicat des professionnelles en soins de l'Est-de-l'Île-de-Montréal

RÉCLAMATION DÉPENSES INTER SITES

DATE	SITE ET RAISON	Nb de KM ou STM ou TAXI	STATIONNEMENT	MONTANT
MONTANT TOTAL DE LA RÉCLAMATION				

Nom : _____ **Prénom :** _____

Adresse : _____

Numéro Rue Ville Code postal

Signature de la réclamante: _____ **Date :** _____

Signature d'une autre représentante locale _____ **Date :** _____

N.B : **Délai maximum de 6 mois de la date de l'activité pour réclamer vos remboursements de dépenses.**
*** avec pièces justificatives**