

Formule de remboursement des frais d'affiliation au Conseil du travail

Période : _____ La section locale n° : _____

confirme être membre du Conseil du travail de district _____

Il est entendu que les frais d'affiliation au Conseil du travail de district sont pris en charge par la section locale et que l'équivalent de 90 % du montant total de ces frais sera remboursé à la section locale par le siège social du SEFPO.

Nombre de membres affiliés : _____

Frais par membre : _____

Montant payé par la section locale
(joindre le reçu ou la copie recto verso du chèque émis encaissé) _____

Remise totale payable à la section locale n°: _____

Président de la section locale Signature du président Date : (jj/mm/aaaa) _____

Trésorier de la section locale Signature du trésorier Date : (jj/mm/aaaa) _____

Remarque : Prière de remplir le formulaire et d'y joindre un reçu ou une copie recto verso du chèque émis encaissé et d'envoyer le tout au Service de la comptabilité du SEFPO, à l'adresse suivante :

100, chemin Lesmill
Toronto (Ontario)
M3B 3P8