

Mandat de paiement et remboursement des dépenses

Section locale 956 Unifor-Québec

Nom: _____

Semaine finissant le: ____ / ____ / 20 ____

Unité: _____

Adresse domicile (si nécessaire): _____

Code postal (si nécessaire): _____

Jour	Date	Nombre d'heures	Raisons	Repas à remb. (Oui / Non)	KM total (si applicable)
Dim					
Lun					
Mar					
Mer					
Jeu					
Ven					
Sam					

Montant Brut:

Retenues	% Employé	% Employeur	Déductions employé	Déductions employeur	Total
Fédéral					
Provincial					
Rente					
Ass. Emploi					
RQAP					
FSS					
CSST					
Total déductions employé →				← Total déductions employeur	

Cette section est remplie par le secrétaire financier lorsque nécessaire.

Taux rég. : _____ \$/h

Nombres d'heures : _____ Hrs

Primes d'équipe : _____ \$/h

Vacances : _____ %

Total : _____ \$

Montant net:

Transport:	Km X 0,73\$ =	<input style="width: 60%;" type="text"/>
Covoiturage	Km X 0,12\$ =	<input style="width: 60%;" type="text"/>
Repas:	X 25,00\$ =	<input style="width: 60%;" type="text"/>
Soirée:	X 25,00\$ =	<input style="width: 60%;" type="text"/>
Divers:	=	<input style="width: 60%;" type="text"/>
Divers:	=	<input style="width: 60%;" type="text"/>

Total des dépenses:

Grand Total:

Chèque : _____

Date du chèque : ____ / ____ / 20 ____

Le mandat de paiement doit être signé et autorisé par le président(e) de la section locale et de l'unité.

Je certifie que cette demande est conforme.

Signature de l'employé(e)

Autorisé président(e) unité

Date : ____ / ____ / 20 ____

Approuvé par :

Président(e) section locale

Date : ____ / ____ / 20 ____

Secrétaire archiviste

Date : ____ / ____ / 20 ____