

BÉNÉFICIAIRE

Nom			Prénom			N° d'employé			
Adresse (numéro, rue, ville, province, pays)						Code Postal		N° d'assurance sociale	
Date de naissance		Faculté - École - Service - Département				N° de téléphone		Date d'expiration NAS si non-résident	
année	mois	jour					année	mois	jour

TYPE DE PAIEMENT

Travailleur autonome (honoraire)
 Jeton de présence
 Sujet volontaire
 Cachet
 Autre Spécifier : _____

N.B. : Le statut du travailleur autonome doit être reconnu comme tel par les autorités gouvernementales. Vous devez joindre le « formulaire de déclaration de statut du travailleur autonome » dûment complété ainsi que la facture des honoraires.

COMMENTAIRES

Période couverte						Somme	Numéro de compte					
du			au				Compte	Fonds	Service	Prog.	Classe	Projet
année	mois	jour	année	mois	jour							

APPROBATIONS
Titulaire du projet

Je déclare que les renseignements demandés sont véridiques et que les fonds sont disponibles

Signature : _____ Tél. : _____ Date _____

Direction : Faculté/département/école/service

Signature : _____ Tél. : _____ Date _____

Signature : _____ Tél. : _____ Date _____

SERVICE DES RESSOURCES HUMAINES

Date : _____

Signature : _____