

Formulaire de résiliation d'accès aux stationnements ET/OU demande de remboursement

REQUÉRANT (salarié)

REQUÉRANT (non salarié) médecin résident en médecine

Personnel d'un organisme externe (précisez) _____

M. M^{me}

* Nom et prénom _____ * N° d'employé : _____

* Titre d'emploi : _____ * No. de téléphone domicile: _____

*** CES CHAMPS DOIVENT ÊTRE OBLIGATOIREMENT COMPLÉTÉS**

Type de demande

Arrêt de paiement ****LA VIGNETTE DE STATIONNEMENT DOIT ACCOMPAGNER CE FORMULAIRE****

À partir du : _____

Remboursement

Du : _____ Au : _____

Je soussigné, demande la résiliation de mes accès aux aires de stationnement et/ou demande un
remboursement.

Requérant _____ Date _____

SECTION RÉSERVÉE AU GUICHET LOGISTIQUE

Receveur _____ Date _____

Acheminement du formulaire

Courriel : guichetdl.ciusscn@ssss.gouv.qc.ca

Télécopieur : 418 661-7327

Courrier interne : Guichet logistique / Mont D'Youville, 4^e étage