

IDENTIFICATION DE L'EMPLOYÉ

CISSS : Ouest Centre Est

Numéro d'employé : _____

Nom : _____

Prénom : _____

Courriel : _____

ENTENTE DE RÉCUPÉRATION

Veuillez étaler la récupération en versements égaux d'ici la récupération automatique.

Signature de l'employé : _____ Date : _____

Cochez la case suivante S.V.P.

Je comprends que le solde de ma banque de maladie est estimé en fonction de ma situation actuelle.

Acheminez par courrier interne au Service régional de la paie de la Montérégie, par courriel à l'adresse paie.regionale.cisssmc16@ssss.gouv.qc.ca ou par télécopieur au 450-928-2606 dès que possible.

SECTION RÉSERVÉE AU SERVICE RÉGIONAL DE LA PAIE DES ÉTABLISSEMENTS DE LA MONTÉRÉGIE

Début de la récupération à la paie : _____

Heures ou montant par période de paie : _____

Fait par : _____ Date : _____

Vérifié par : _____ Date : _____