



DEMANDE DE REMBOURSEMENT

Appui local à la vie syndicale

Telle que modifiée au 46^{ème} congrès de juin 2024

Numéro du syndicat 08-00-000	
Nom du syndicat	
Nom des personnes organisatrices	
Date du courriel d'autorisation de la trésorerie FSSS (joindre le courriel à la demande)	

Description de la tournée :		
Ville :	Date :	KM parcourus :
Ville :	Date :	KM parcourus :
Ville :	Date :	KM parcourus :
Ville :	Date :	KM parcourus :
Ville :	Date :	KM parcourus :
Ville :	Date :	KM parcourus :
Total des kilomètres parcourus		

Description de la dépense	Montant
Total des dépenses* encourues (joindre les copies des factures)	

Calcul de l'appui : Nombre de délégués officiels pour un congrès selon les Statuts et règlements (max. 10) X 150 \$ X 4 activités. Montant augmenté à 200 \$ x 4 activités lors d'une activité sans réclamation de kilométrage. (Jusqu'à concurrence du montant dépensé par le syndicat)

Signature : _____
(Membre de l'exécutif du syndicat)

Date :

Signature : _____
(Conseiller syndical)

Date :

À l'usage du service de la Comptabilité

No syndicat :	No document :	Nb cotisants :
Nb délégués :	Budget max. :	% Utilisé :
GL:	Lot FAC:	Lot PMT:

06-2024

* L'appui local à la vie syndicale ne sert en aucun cas à rembourser des salaires, des avantages sociaux ou des libérations. Se référer à la politique.