

Identification du (de la) stagiaire – CMR	
Information personnelle	
Nom du (de la) stagiaire	
Adresse	
Ville et Province	
Code postal	
Numéro de téléphone	
Modalité de transmission du relevé des paiements	
Adresse électronique : _____	
Identification de l'institution financière	
Nom de la caisse ou de la banque :	
No de l'institution (3 chiffres) :	
No de la succursale ou de transit (5 chiffres) :	
No du compte de banque (7 chiffres) :	

Joindre un spécimen de chèque avec la mention "annulé"

Autorisation du (de la) stagiaire

Par la présente, j'autorise le Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Ouest à déposer les sommes dues au compte spécifié sur le spécimen de chèque ci-joint.

Signature

Date

- **Adresse courriel pour le retour :**
✉ comptes.payables.cmr16@ssss.gouv.qc.ca
- **Télécopieur : (450) 377-8982**