

Identification du (de la) stagiaire – Haut-Saint-Laurent

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 :**
✉ payale.cssshsl16@ssss.gouv.qc.ca
- **Télécopieur : (450) 377-8982**