

Identification du (de la) stagiaire – Jardins-Roussillon

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_fournisseurs.csssjr16@ssss.gouv.qc.ca**

➤ **Télécopieur : (450) 377-8982**