

PERSONNES-RESSOURCES

NOM DE L'ENTREPRISE : _____

ADRESSE / CODE POSTAL : _____

TOUTE CORRESPONDANCE DU COMITÉ PARITAIRE doit être envoyée à l'attention de :

Nom, prénom

numéro de téléphone

adresse courriel

RÉCLAMATIONS

Nom, prénom

numéro de téléphone

adresse courriel

RAPPORT MENSUEL DE PAIE ET PRÉLÈVEMENT

Nom, prénom

numéro de téléphone

adresse courriel

TRAITEMENT DES PLAINTES DE SALARIÉS

Nom, prénom

numéro de téléphone

adresse courriel

 **CE DOCUMENT DOIT ÊTRE SIGNÉ PAR UN ADMINISTRATEUR, PROPRIÉTAIRE OU ASSOCIÉ DE L'ENTREPRISE
ET ÊTRE RETOURNÉ PAR COURRIEL : formulaire@cpasecurite.qc.ca**

Type d'entreprise : société par actions entreprise individuelle société en nom collectif (s.e.n.c.) autre _____

Nom en lettres moulées

Signature / date

RÉSERVÉ AU CPAS

D'EMPLOYEUR : _____

APPROUVÉ PAR : _____

DATE : _____