

Formulaire de résiliation d'accès aux stationnements ET/OU demande de remboursement

REQUÉRANT (salarié)

REQUÉRANT (non salarié)  médecin  résident en médecine

Personnel d'un organisme externe (précisez) \_\_\_\_\_

M.  M<sup>me</sup>

\* Nom et prénom \_\_\_\_\_ \* N° d'employé : \_\_\_\_\_

\* Titre d'emploi : \_\_\_\_\_ \* No. de téléphone domicile: \_\_\_\_\_

**\* CES CHAMPS DOIVENT ÊTRE OBLIGATOIREMENT COMPLÉTÉS**

**Type de demande**

Arrêt de paiement **\*\*LA VIGNETTE DE STATIONNEMENT DOIT ACCOMPAGNER CE FORMULAIRE\*\***

À partir du : \_\_\_\_\_

Remboursement

Du : \_\_\_\_\_ Au : \_\_\_\_\_

Je soussigné, demande la résiliation de mes accès aux aires de stationnement et/ou demande un  
remboursement.

Requérant \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

**SECTION RÉSERVÉE AU GUICHET LOGISTIQUE**

Receveur \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

**Acheminement du formulaire**

**Courriel** : guichetdl.ciusscn@ssss.gouv.qc.ca

**Télécopieur** : 418 661-7327

**Courrier interne** : Guichet logistique / Mont D'Youville, 4<sup>e</sup> étage