

601, rue Adoncour, bureau 101
Longueuil (QC) J4G 2M6
Tél. : 450-651-6000
sans frais : 1 800 361-6526
Télec. : 450-651-9750
www.agesss.qc.ca
reception@agesss.qc.ca



Formulaire d'autorisation de retenue sur salaire

Je, soussigné(e), _____
(Nom)

autorise par la présente _____
(Établissement)

À prélever de mon salaire ces cotisations et de les transmettre à l'Association des gestionnaires des établissements de santé et de services sociaux (AGESSS), et ce, à raison de treize (13) versements correspondant aux périodes comptables en vigueur dans le réseau de la santé et des services sociaux. Il est entendu que la présente autorisation est révoquée en tout temps. (Réf. : Décret 1218-96, articles 3.12 à 3.19).

LA COTISATION PÉRIODIQUE (4 SEMAINES) EST DE 34,08\$.

Signature de l'adhérent(e)

Date

NOTE : REMETTRE CE FORMULAIRE, DÛMENT REMPLI, AU SERVICE DES SALAIRES DE VOTRE ÉTABLISSEMENT