

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 le montant des cotisations en vigueur et à le transmettre à l'Association des gestionnaires des établissements de santé et de services sociaux (AGESSS). Il est entendu que la présente autorisation est révoquée en tout temps (réf. : Décret 1218-96, articles 3.12 à 3.19).

LA COTISATION EST ÉTABLIE À 18,44 \$ À CHAQUE PÉRIODE DE DEUX SEMAINES.

Signature de l'adhérent(e)

Date

NOTE : REMETTRE CE FORMULAIRE, DÛMENT REMPLI, À VOTRE EMPLOYEUR POUR QU'IL PUISSE EFFECTUER LE PRÉLÈVEMENT DE VOTRE COTISATION SUR VOTRE PAYE