

FORMULAIRE DE REMISE DE VOTRE CAPITATION

SYNDICAT : _____

SECTION LOCALE : _____

ANNÉE : 2019

MOIS	NOMBRE DE COTISANTS	TAUX	MONTANT DÛ	MONTANT PAYÉ
JANVIER		0,43 \$	- \$	
FÉVRIER		0,43 \$	- \$	
MARS		0,43 \$	- \$	
AVRIL		0,43 \$	- \$	
MAI		0,43 \$	- \$	
JUIN		0,43 \$	- \$	
JUILLET		0,43 \$	- \$	
AOÛT		0,43 \$	- \$	
SEPTEMBRE		0,47 \$	- \$	
OCTOBRE		0,47 \$	- \$	
NOVEMBRE		0,47 \$	- \$	
DÉCEMBRE		0,47 \$	- \$	
Total de votre versement :			- \$	- \$

Dernière (s) cotisation (s) payée (s) : _____

Audrey Sanschagrin
 Responsable de la comptabilité

AVIS DE CHANGEMENT D'ADRESSE

PERSONNE RESPONSABLE DES EFFECTIFS :

À REMPLIR SEULEMENT S'IL Y A MODIFICATION

ADRESSE : personnelle ou
 section locale

TÉLÉPHONE :

TÉLÉCOPIEUR :

Maison : _____

Travail : _____

Section locale : _____

Courrier électronique : _____

Cellulaire : _____

VEUILLEZ RETOURNER CE FORMULAIRE AVEC VOTRE CHÈQUE À :

Conseil régional FTQ Montréal métropolitain

565 boul. Crémazie Est, bureau 2500, Montréal (Québec) H2M 2V6

Téléphone : 514 387-3666 Télécopieur : 514 387-4393

Courrier électronique : asanschagrin@ftq.qc.ca