



## REÉR COLLECTIF DES COLS BLEUS DE VILLE DE LAVAL

### PARTICIPANT

Nom de l'employé	Prénom
Numéro d'assurance sociale	No. d'employé
<input type="checkbox"/> Transfert au conjoint Nom du conjoint:	No. d'assurance sociale

### COTISATION

Je vous autorise par la présente, à prélever de ma paye hebdomadaire, un montant de : \$ qui sera remis à l'institution financière suivante :

Je vous autorise par la présente, à déposer la **totalité** de mes jours de maladie ou autres paiements spéciaux, à l'institution financière suivante :

<input type="checkbox"/> TRUST BANQUE NATIONALE 2500, Boul. Daniel-Johnson, Bureau 115 Laval, Qc. H7T 2P6	<input type="checkbox"/> CAISSE D'ÉCONOMIE DESJARDINS 3009, Boul. Industriel Laval, Qc. H7L 3W9
---	---

### MODIFICATION

Je vous autorise par la présente, à modifier le montant de mon dépôt hebdomadaire, de la manière suivante :

Augmentation du prélèvement de : \$ À  Diminution du prélèvement de : \$ À : \$

### TRANSFERT

Je vous autorise par la présente, à transférer mes prochains dépôts hebdomadaires, à l'institution financière suivante :

<input type="checkbox"/> TRUST BANQUE NATIONALE 2500, Boul. Daniel-Johnson Bureau 115 Laval, Qc. H7T 2P6	<input type="checkbox"/> CAISSE D'ÉCONOMIE DESJARDINS 3009, Boul. Industriel Laval, Qc. H7L 3W9
--	---

### CESSATION

Je vous autorise par la présente, à cesser les prélèvements hebdomadaires sur ma paye.

\_\_\_\_\_  
Signature du participant

\_\_\_\_\_  
Date