

## PERSONNES-RESSOURCES

NOM DE L'ENTREPRISE : \_\_\_\_\_

ADRESSE / CODE POSTAL : \_\_\_\_\_

TOUTE CORRESPONDANCE DU COMITÉ PARITAIRE doit être envoyée à l'attention de :

\_\_\_\_\_  
Nom, prénom

\_\_\_\_\_  
numéro de téléphone

\_\_\_\_\_  
adresse courriel

### RÉCLAMATIONS

\_\_\_\_\_  
Nom, prénom

\_\_\_\_\_  
numéro de téléphone

\_\_\_\_\_  
adresse courriel

### RAPPORT MENSUEL DE PAIE ET PRÉLÈVEMENT

\_\_\_\_\_  
Nom, prénom

\_\_\_\_\_  
numéro de téléphone

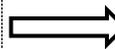
\_\_\_\_\_  
adresse courriel

### TRAITEMENT DES PLAINTES DE SALARIÉS

\_\_\_\_\_  
Nom, prénom

\_\_\_\_\_  
numéro de téléphone

\_\_\_\_\_  
adresse courriel

 CE DOCUMENT DOIT ÊTRE SIGNÉ PAR UN **ADMINISTRATEUR, PROPRIÉTAIRE OU ASSOCIÉ DE L'ENTREPRISE**  
ET ÊTRE RETOURNÉ PAR COURRIEL : **formulaire@cpasecurite.qc.ca**

Type d'entreprise : société par actions  entreprise individuelle  société en nom collectif (s.e.n.c.)  autre \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nom en lettres moulées

\_\_\_\_\_  
Signature / date

**RÉSERVÉ AU CPAS**

# D'EMPLOYEUR : \_\_\_\_\_

APPROUVÉ PAR : \_\_\_\_\_

DATE : \_\_\_\_\_