Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal
Québec

DEMANDE DE STATIONNEMENT – CENTRE ADMINISTRATIF

2400 BOUL. DES SOURCES, POINTE-CLAIRE

SECTION A : IDENTIFICATION DU DEMANDEUR / APPLICANT IDENTIFICATION (s.v.p. écrire en lettres moulées)

Nom / Lastname:	Prénom / First name :
Titre d'emploi / Employee title:	# De matricule / Employee number :
Téléphone cell./ou maison / Cell or home phone: (obligatoire en cas d'urgence / mandatory in case of emergency)	Téléphone bureau / Office phone number:
Adresse courriel / Email :	
Je possède un bureau au centre administratif ? Do I have an office at the administrative center? ◯ Oui / Yes # du local / local number :	
◯ Non / No Pour quelle raison vous avez besoin d'un permis de stationnement / Why do you need a parking permit? :	

SECTION B : RENSEIGNEMENT SUR LES VÉHICULES / CARS INFORMATION

1er véhicule / 1st car		2e véhicule / 2nd car	
Marque du véhicule :		Marque du véhicule :	
Modèle :		Modèle :	
Année :	Couleur :	Année :	Couleur :
Plaque d'immatriculation :		Plaque d'immatriculation:	

***Notez que des frais de 25$ de dépôt seront déduits de votre paie et remboursés lorsque vous remettrez votre vignette.**

SECTION C : SIGNATURE DU DEMANDEUR

_____ / / _____

Signature **Année** **Mois** **Jour**

VEUILLEZ REMPLIR LE FORMULAIRE ET LE RETOURNER PAR COURRIEL À

STATIONNEMENT.COMTL@SSSS.GOUV.QC.CA

ou vous présenter à l'accueil du 2e étage le mardi entre 9h et 15h avec le formulaire dûment rempli / or go to the 2nd floor reception on Tuesdays between 9 a.m. and 3 p.m. with the duly completed form.