

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  
ydube@agesss.qc.ca



## Formulaire d'autorisation de retenue sur salaire

Je, soussigné(e), \_\_\_\_\_  
(Nom)

autorise par la présente \_\_\_\_\_  
(Établissement)

À prélever de mon salaire ces cotisations et de les transmettre à l'Association des gestionnaires des établissements de santé et de services sociaux (AGESSS), telles que fixées par l'Assemblée générale du 28 septembre 2007, et ce, à raison de treize (13) versements correspondant aux périodes comptables en vigueur dans le réseau de la santé et des services sociaux. Il est entendu que la présente autorisation est révoquant en tout temps. (Réf. : Décret 1218-96, articles 3.12 à 3.19).

**LA COTISATION PÉRIODIQUE (4 SEMAINES) EST DE 31,44 \$ POUR UN CADRE INTERMÉDIAIRE.**

\_\_\_\_\_  
Signature de l'adhérent(e)

\_\_\_\_\_  
Date

**NOTE : REMETTRE CE FORMULAIRE, DÛMENT REMPLI, AU SERVICE DES SALAIRES DE VOTRE ÉTABLISSEMENT**