



Parce que la santé mentale nous concerne tous...

Formulaire de déductions salariales

Nom du CSSS ou de l'employeur :

Nom du donateur :

N^o. d'employé : _____

Adresse : _____

Tél. : _____

Courriel : _____

J'autorise mon employeur à prélever sur mon salaire pour la Fondation Équilibre le montant inscrit et ce jusqu'à la révocation écrite de ma part.

Signature : _____

Faire parvenir une copie à la Fondation.

Au nom de la santé mentale, merci!

Fondation Équilibre Saguenay-Lac-St-Jean
150, rue Pinel
Chicoutimi (Québec) G7G 3N8
Téléphone: 418 549-5474, poste 5294
Télécopieur: 418 543-4584

Je souhaite verser un don à la Fondation Équilibre de la façon suivante :

Retenue sur la paye à compter de :

___/___/_____

Montant à retenir au 2 semaines :

2 \$ 4 \$ 6 \$ 8 \$ 10 \$

Autres :

_____ X _____ = _____

Retenue sur la paye à compter de :

___/___/_____

Montant à retenir par semaine :

2 \$ 4 \$ 6 \$ 8 \$ 10 \$

Autres :

_____ X _____ = _____

Retenue unique : _____

25 \$ 50 \$ 100 \$

Autres : _____ \$

Je désire un reçu annuel :

Oui Non