



SERVICE DE LA GESTION DES PERSONNES ET DU DÉVELOPPEMENT DES COMPÉTENCES
BUREAU DES SERVICES CONSEILS EN ASSIDUITÉ AU TRAVAIL
AUTORISATION D'ACHAT DE CHAUSSURES DE SÉCURITÉ

FOURNISSEUR

NOM DU FOURNISSEUR :

ADRESSE :

VILLE (PROVINCE) :

CODE POSTAL :

NUMÉRO DE TÉLÉPHONE :

COURRIEL :

FACTURER À

ÉTABLISSEMENT / UNITÉ / SERVICE :

ADRESSE :

VILLE (PROVINCE) : Montréal (Québec)

CODE POSTAL :

NUMÉRO DE TÉLÉPHONE : 514

COURRIEL :

INDICE COMPTABLE :

**IDENTIFICATION DE LA
PERSONNE BÉNÉFICIAIRE**

NOM ET PRÉNOM :

TITRE DE L'EMPLOI :

CORPS D'EMPLOI :

LIEU DE TRAVAIL :

CHOIX

Souliers de sécurité

Bottes ou bottines de sécurité

Couvre-chaussures

▼ MODÈLE ET MARQUE

**AUTORISATION
DU GESTIONNAIRE**

NOM ET PRÉNOM :

SIGNATURE : _____

DATE :

VALIDITÉ : Le présent formulaire est valide pour une période de deux (2) semaines à compter de la date de sa signature par le gestionnaire.

Personnel de cafétéria : Le présent formulaire est valide pour une période de quatre (4) semaines à compter de la date de sa signature par le gestionnaire.

L'employé(e) doit présenter ce formulaire, rempli et signé, à son arrivée au magasin. Il peut ensuite choisir ses chaussures parmi les modèles retenus par la CSDM. La liste des modèles retenus, leurs spécifications et les prix, peut être consultée sous la rubrique «Approvisionnements», dans ADAGIO.

*** IMPORTANT : Tout excédent du prix maximal est au frais de l'employé(e).**

DÉCLARATION DE L'EMPLOYÉ:

- Je m'engage à limiter le port des chaussures/bottes de sécurité dans le cadre de mon travail à la CSDM et à respecter les consignes d'entretien prescrites.
- Je m'engage à ne plus porter mes vieilles chaussures/bottes de sécurité à des fins d'exécution du travail à la suite de l'acquisition des nouvelles. Je pourrai cependant les conserver pour mon usage personnel.
- J'accuse réception de l'article sélectionné à la section 4.

SIGNATURE : _____

DATE : _____