



À télécopier dès que vous avez une modification

À l'attention du service à la clientèle, département collectif

- Changement salarial
- Changement de statut
- Terminaison

Nom du magasin	No. du magasin
----------------	----------------

Date effective	Nom du participant	Taux horaire	Prime H/S	Heures travaillées	Statut gérant ou employé	Date de terminaison	Syndiqué ou non syndiqué

Pour toutes autres modifications, bien vouloir remplir le formulaire de modification et le retourner à nos bureaux dans les plus brefs délais.

Modifications demandées par:	Date:
------------------------------	-------