



FORMULAIRE DE DEMANDE DE REMBOURSEMENT

Date de la demande : _____

INFORMATION SUR LE CLIENT

Prénom et nom : _____

Numéro de téléphone : _____

Adresse courriel : _____

Adresse postale : _____

INFORMATION SUR LA DEMANDE

Service pour lequel le remboursement est demandé : _____

Pièce(s) justificative(s) jointe(s) à la demande : _____

Raison de la demande : _____

RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION

Nom de l'employé traitant la demande : _____

Remboursement : Accepté Refusé Montant remboursé : _____

Méthode du remboursement (même que paiement) : Comptant Crédit Débit Chèque

Commentaires : _____

Signature de l'employé : _____ Signature de la direction : _____

SVP acheminer le formulaire à info@mifo.ca ou le déposer au comptoir d'accueil du MIFO.

À noter que le délai de traitement des demandes est de minimum 10 jours ouvrables.