



SIGNATURES AUTORISÉES

SOUS-SERVICE : _____

--	--	--	--

N° TÉLÉPHONE : 890-8000 # N° PORTE LIVRAISON : _____

CENTRE D'ACTIVITÉS : _____

--	--	--	--

DIRECTION : RECHERCHE

--	--

HÔPITAL :

Hôtel-Dieu

Notre-Dame

Saint-Luc

Délégation temporaire du : _____ au : _____

PERSONNES AUTORISÉES

NOM ET TITRE D'EMPLOI
(en caractères d'imprimerie)

CATÉGORIE

SIGNATURES

INITIALES

Nom, Prénom: _____ A B C D E

Titre: _____

Nom, Prénom: _____

Titre: _____

Nom, Prénom: _____

Titre: _____

SIGNATURE _____

DATE : _____

DIRECTEUR :

- LÉGENDE :**
- A = Requêtes au magasin
 - B = Demandes diverses d'approvisionnement (achats directs, déboursés, remboursements et rapports de dépenses) demandes de formation
 - C = Système de paie
 - D = Aménagement physique, services exécutés par la Direction des services techniques
 - E = Demande de photocopies/imprimerie, Direction des communications

ORIGINAL:	COMPTES À PAYER (HÔTEL-DIEU)
JAUNE:	BUREAU DES ACHATS
ROSE:	SOUS-SERVICE CONCERNÉ

**** Veuillez fournir trois (3) copies au Service des finances du CHUM.*