

Date:                / AA MM JJ

IDENTIFICATION DU-DE LA REQUÉRANT-E		IDENTIFICATION DU-DE LA RÉPONDANT-E	
Nom du responsable de l'UBR Nom: <u>                                </u> Prénom: <u>                        </u>		Cette partie sera remplie par la personne ayant effectué le paiement	
Department/centre local Nom de l'unité organisationnelle: <u>                        </u> Pavillon - local: <u>                </u> Tél. bureau: <u>                </u>			
Lieu de livraison - local: <u>                </u> Pavillon - local: <u>                </u> Date requise: <u>                </u>			
		Nom: <u>  </u> Prénom: <u>                        </u> Pavillon - local: <u>                </u> Tél. bureau: <u>                </u> Nom de la personne contactée: <u>                                </u>	

DESCRIPTION DE LA REQUÊTE	MONTANT	
Frais relatifs à la conformité de l'employeur IRCC (Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada)	230	00
Nom du stagiaire: <u>                                </u>		
(ci-joint: preuve de paiement des frais sur le site d'IRCC) **		
* 230\$/stagiaire. Changer le montant si plusieurs stagiaires		
	SOUS-TOTAL	
	R108 161 159	TPS
	10-0612-0021	TVQ
	TOTAL	230 00

Marchandise reçue le:                                 

Signature du,de la réceptionnaire:                                 

Sera complété par les Services Financiers.

TRANSACTION INTER UNITÉ BUDGÉTAIRE  
**Y** 66625

SECTION DU,DE LA REQUÉRANT-E CODE(S) COMPTABLE(S) À DÉBITER	(DÉPENSE)	MONTANT(S)	SECTION DU,DE LA RÉPONDANT-E CODE(S) COMPTABLE(S) À CRÉDITER	(REVENUE)
UBR	COMPTÉ		UBR	
<u>Votre UBR</u>	5	230 00		
	5			
	5			
	5			

SIGNATURE DU,DE LA RESPONSABLE DE L'UNITÉ ORGANISATIONNELLE <u>Signer ici</u>	CODE DU,DE LA REQUÉRANT-E <u>                </u>	Vérifié par <u>                                </u>	CODE DU,DE LA RÉPONDANT-E <u>                </u>
Téléphone: <u>                </u>	Date: <u>                </u>	Contrôlé par <u>                                </u>	Date: <u>                </u>