**DEMANDE DE BIENVEILLANCE**

|  |  |
| --- | --- |
| **Date de la demande :** |  |
|  |  |
| **INFORMATION DU MEMBRE** |
| **NOM :** |  |
| **ADRESSE POSTALE :** |  |
| **POSTE DÉTENU :** |  |
| **LIEU DE TRAVAIL :** |  |
| **NAISSANCE** |
| * **Fille ou garçon**
 |  |
| **MALADIE** |
| * **Durée du congé**
 |  |
| **DÉCÈS** |
| * **Nom de la personne décédée**
 |  |
| * **Lien de parenté avec le membre**
 |  |
| * **Nom de l’organisme pour remettre un don**

**(si applicable)** |  |
| **Veuillez faire parvenir cette demande à :****agentefeeso60a@gmail.com** |

**Nom du membre qui fait la demande :**

**Lieu de travail :**

**Numéro de contact :**

**RÉSERVÉ AU SECTEUR DE BIENVEILLANCE**

**Type de cadeau :** Carte Carte cadeau Don Autre

**Valeur : Don fait à :**

**Demande traitée le**:

 (Date)