

FORMULAIRE D'ALIMENTATION DU COMPTE EPARGNE TEMPS

EPARGNE DE JOURS (SECTION B)

 Toute demande d'épargne financière ne sera prise en compte qu'à hauteur de 218 jours maximum. Au-delà, les sommes seront payées.

13^{ème} mois Mois d'épargne souhaité

✕ En totalité

✕ Si non, préciser le montant que vous souhaitez épargner

JUIN	NOVEMBRE	NOVEMBRE & DECEMBRE
	OUI	NON
		----- €

A transmettre au Service Ressources Humaines :

➔ **avant le 15 Mai** pour le demi **13^{ème} mois versé en juin**

➔ **avant le 15 Octobre** pour le solde du **13^{ème} mois**

Primes

✕ Préciser le montant que vous souhaitez épargner

----- €

A transmettre au Service Ressources Humaines : **avant le 10 mars**

① Ce formulaire de demande d'épargne CET B est destiné aux collaborateurs n'ayant pas d'accès à HR4YOU (**compagnons**).

N° matricule : |_:|_:|_:|_:|_:|

NOM :

PRENOM :

N° Sécurité Sociale : |_:|_:|_:|_:|_:|_:|_:|_:|_:|

Date : |_:|_:|_:|

Signature :