DEMANDE DE SUSPENSION DU PERMIS DE   
STATIONNEMENT POUR LA PÉRIODE ESTIVALE

|  |  |
| --- | --- |
| NOM : | PRÉNOM : |
| CIP (4 LETTRES ET 4 CHIFFRES) : | TÉLÉPHONE : |
| COURRIEL : | |
| SERVICE / SECTEUR DE TRAVAIL : | |
| ENGAGEMENTS ET CONDITIONS :   * Je souhaite suspendre mon permis de stationnement du début de la période de paie incluant le 15 mai jusqu'à la fin de la période de paie incluant le 15 septembre. * Je comprends que mon permis sera suspendu durant toute la période, il ne sera pas possible de m’en procurer un nouveau avant la fin de cette période. * Mon permis sera réactivé automatiquement à la fin de la période de suspension. * L’envoi par courriel à [**support@spaq.com**](mailto:support@spaq.com) fait foi de ma signature et de la date de ma demande. | |