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** fait foi de ma signature et de la date de ma demande.
 |