

ALIMENTATION COMPTE ÉPARGNE TEMPS

Nom _____

Prénom _____

Société AXXI
 CGB
 LODI

Je soussigné(e).....(Nom et Prénom),

Demande le versement sur mon compte épargne temps de jour(s) ouvrés dans les conditions fixées par l'accord du 22 janvier 2025.

Date et Signature du collaborateur