

INTÉRIMAIRE

Nom :
 Prénom :
 Qualification :

ÉTABLISSEMENT :

Service :
Ville :

115 rue du château
 75014 PARIS
 Téléphone : 01 43 36 13 31
Fax : 01 43 36 13 23
 Mail : contact@intermedis.fr
www.intermedis.fr

Mois Année Semaine du

--	--	--	--	--

 au

--	--	--	--	--

N° de contrat :

Semaine ↓	Date ↓	Horaires		Total heures	Astreinte déplacement
		Début	Fin		
LUNDI					
MARDI					
MERCREDI					
JEUDI					
VENDREDI					
SAMEDI					
DIMANCHE					
TOTAL HEURES SEMAINE					

ESPACE INTÉRIMAIRE

Demande acompte
 Mission terminée

*Le relevé d'heures complété doit être retourné à l'agence le **lendemain** de la mission ou à la **fin de semaine impérativement.***

Signature salarié :

ESPACE RÉSERVÉ À L'ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ

TOTAL HEURES SEMAINE :
(inscrivez en toutes lettres)

Appréciation de la prestation :
 Très bien Bien
 Non satisfait Non évaluée
Reprendriez-vous cet agent :
 Oui Non

Nom :
Fonction :
 Signature :

Cachet :