

DEMANDE DE FRAIS DE DEPLACEMENT

| | | | |
|---|--------------------------------|-----------------------------------|--|
| NOM | | PRENOM :..... | |
| Date de la réunion : du...../...../..... au...../...../..... | | | |
| Lieu de la réunion : | | | |
| Objet de la réunion : | | | |
| | | | |
| DATE DE DEPART | | | |
| DATE DE DEPART : | | Heure :H..... | |
| Du domicile : <input type="checkbox"/> Autres <input type="checkbox"/> | | | |
| DATE DE RETOUR | | | |
| DATE DE RETOUR : | | Heure :H..... | |
| Du domicile : <input type="checkbox"/> Autres <input type="checkbox"/> | | | |
| TRANSPORTS UTILISES | | | |
| AVION <input type="checkbox"/> | TRAIN <input type="checkbox"/> | Montant billet(s) : | |
| Véhicule personnel (1) | <input type="checkbox"/> | Montant : | |
| | | Puissance : Nbre de Km..... | |
| Véhicule de location | <input type="checkbox"/> | Montant | |
| Parking (2) : | <input type="checkbox"/> | Montant | |
| Péage (2): | <input type="checkbox"/> | Montant | |
| RER, Metro, Bus (2) | <input type="checkbox"/> | Montant | |
| Taxi (2) : | <input type="checkbox"/> | Montant | |
| Nombre de repas (si non offert) : | | | |

(1) Lors de la première demande et en cas de changement ultérieur, veuillez joindre à la demande de remboursement une photocopie de la carte grise ainsi qu'un RIB.

(2) Sur justificatifs exclusivement

Certifié sincère et véritable

Fait àle/...../.....

SIGNATURE

Le demandeur

Ce document est à retourné, complété et accompagné de l'ensemble des justificatifs requis, à :
ARS – Service financier et comptable
A l'attention de Monsieur Michel LICOWSKI
ARS-Site Mont Bernard
Parc tertiaire - CS 40513
510007 Châlons-en-Champagne cedex