

FORMULAIRE DE REMBOURSEMENT DES FRAIS PROFESSIONNELS

Agents hospitaliers et administrateurs

MERCI DE REMPLIR EN MAJUSCULES

NOM ET PRENOM :
FONCTION :
CODE ETABLISSEMENT :
MOTIF DE DEPLACEMENT :
DATE DE DEPLACEMENT:
LIEU DE DEPLACEMENT :

FRAIS DE TRANSPORT

Il est OBLIGATOIRE de fournir tous vos JUSTIFICATIFS ORIGINAUX et la copie de la carte grise pour les remboursements des frais kilométriques (le nombre de KM retenus est celui des sites Internet www.mappy.fr ou www.viamichelin.com (trajet recommandé). *Joindre l'impression du parcours*) **Les reçus de carte bleue ne sont pas acceptés.**

Indispensable : si premier paiement ou changement de compte, joindre un RIB ou un RIP

De A

Transports en commun (métro, RER, bus, train) :

Nombre de ticket(s) à€ Montant total :€

Voiture personnelle : Nombre de CV : 4 et 5 CV = 0.29 € / 6 et 7 CV = 0.37 € / à partir de 8 CV = 0.41 €

.....km parcourus x€ Montant total :€

Parking : Montant réglé :€ **Péage** : Montant réglé :€

Sous total des frais de transport :€

FRAIS DE REPAS

Remboursement plafonné à 15.25 € par repas

Les demandes de remboursement doivent être OBLIGATOIREMENT accompagnées de l'ORIGINAL de la note de repas. Les reçus de carte bleue ne sont pas acceptés.

Nombre de repas

Frais de repas€

Sous total des frais de repas :€

SOIT LA SOMME TOTALE DE€

Date de la demande : / /

Signature de l'agent :

