DEMANDE DE REMBOURSEMENT Bilan de Compétences

BENEFICIAIRE:

N° DOSSIER :

TRANSPORT

Anfh Languedoc-Roussillon

A joindre impérativement :

***RIB à joindre si première demande de l'agent**

Les demandes doivent être retournées dans un délai d'un mois maximum dûment complétées, signées et accompagnées de l'attestation de présence.

MOIS:

PERIODES DE REFERENCE: **ou** **DU:** **AU:**

	Quantité	Montant
NOMBRE DE TRAJETS:		

TOTAL

Les frais seront ramenés automatiquement aux décisions du CTR en cas de dépassement des montants accordés.

Fait à: *Le:* *Signature:*

RESERVE ANFH: ***N°DR:***

ANFH 120 Av Nina Simone - LE FAHRENHEIT - 34000 MONTPELLIER - Tel 04 67 04 35 10 Fax 04 67 04 35 18

ASSOCIATION NATIONALE POUR LA FORMATION PERMANENTE DU PERSONNEL HOSPITALIER