

**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](http://www.mappy.fr) ou [www.viamichelin.com](http://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 17.50 € 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 :

