

DEMANDE DE REMBOURSEMENT

BENEFICIAIRE: _____

N° DOSSIER : ___ / ___ / ___

A joindre impérativement :

***justificatifs** (billet de transport, factures hotel, quittances loyer)

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

Les demandes doivent être retournées signées et accompagnées de l'attestation de présence. Elles doivent être transmises à votre gestionnaire dans un délai de 2 mois maximum complétées, au-delà de ce délai, aucune relance ne sera opérée et les fonds restant seront mutualisés.

| | | | | |
|-------------------------------|----------------------|--------------|----------------------|------------|
| PERIODES DE REFERENCE: | ou | MOIS: | DU: | AU: |
| | | | | |
| | Quantité | | Montant | |
| NOMBRE DE TRAJETS: | <input type="text"/> | | <input type="text"/> | |
| NOMBRE DE DECOUCHERS: | <input type="text"/> | | <input type="text"/> | |
| NOMBRE DE REPAS: | <input type="text"/> | | <input type="text"/> | |
| FRAIS INSCRIPTION-ANNEXES: | <input type="text"/> | | <input type="text"/> | |
| | | TOTAL | <input type="text"/> | |

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

Fait à:

Le:

Signature:

RESERVE ANFH:

N°DR: