



INDEMNISATION DE DEPLACEMENT

NOM:.....

Prénom:.....

Equipe:

Date:...../...../ 201 Déplacement:.....

Distance AR:.....Km x 0.15 € = € (*Distance Mappy prise en charge*)

Autouroute : €

TOTAL =€

Date:...../...../ 201

Signature:

Je fais don de ces frais de déplacements au HBCR OU

Payé le :/...../ 201 par Chèque n° Le Trésorier:

NB: Joindre justificatifs de frais d'autouroute ci dessous

Aller

Retour