PROGRAMME REGIONAL EDUCATION THERAPEUTIQUE VIH

UF 1253

DEMANDE DE REMBOURSEMENT

DATE DE LA RÉUNION : ..... Structure représentée :

LIEU : ....

TYPE : ❑ COMMISSION ..... ❑ PLENIERE

❑ AUTRES ..... ❑ BUREAU

DEMANDEUR

NOM : ..... Prénom :.....

Adresse :..... .....
[Correspondant au RIB]
....
CP : ..... VILLE .....
Numéro de téléphone :
..... ❑ J'ai déjà fourni un RIB ❑Je joins mon RIB

FRAIS DE DEPLACEMENT - *Joindre obligatoirement les justificatifs originaux*

❑ TRAIN

Prix en €uros		
ALLER	RETOUR	TOTAL

❑ BUS / TRAM

Nombre de tickets	x	Prix du ticket	TOTAL

❑ TAXI

SOMME EN €uros

❑ HOTEL (**prise en charge entre 70 et 110€/nuit. Se renseigner auprès du COREVIH**)

Nombre de nuits	x	Prix de la nuit	TOTAL

❑ VEHICULE PERSONNEL

Joindre la carte grise

Frais kilométriques				
Nbr de Chevaux	Prix/km en €		Nbr de km	TOTAL en €
5 et moins	0,32	x		
6 et 7	0,41			
8 et plus	0,45			

Péages		
Aller	Retour	TOTAL en €

Stationnement	
Prix en €	TOTAL en €

TOTAL en €uros Remboursements de frais « véhicule personnel »	

FRAIS DE RESTAURATION - *Joindre obligatoirement les justificatifs originaux*

maximum 17,50€/repas

❑ Restaurant administratif € ❑ Autres €

TOTAL DES REMBOURSEMENTS EN €

Total des frais de déplacements + frais de restauration + frais d'hotel

ESPACE RESERVEE A LA COORDINATION DU COREVIH

SOMME TOTAL :

❑Vu et approuvé
Audrey BOUMIER