

# Note de frais



Nom :	Prénom :	Fonction :	Adresse :
-------	----------	------------	-----------

Motif du ou des déplacements	Distance parcourue en km	Montant (0,30€/km)
■		
■		
■		
■		
■		
■		
■		
■		
■		
■		
■		
■		
■		
■		
■		
■		
■		
■		
<b>Montant total des frais :</b>		

Mode de remboursement souhaité : Cochez la case correspondante. <input type="checkbox"/> Virement bancaire. (Joindre un relevé d'identité bancaire) <input type="checkbox"/> Chèque. <input checked="" type="checkbox"/> Vous souhaitez faire don de cette somme au CODEP Loire.	Date : Signature :
--	-----------------------