2015 Demande de remboursement de frais

Fiche de frais à faire parvenir **MENSUELLEMENT** à l'AGAPA ou au SDAP pour le **20 du mois en cours**.

Le remboursement sera effectué vers le 30 du même mois.

Fiche reçue le : ……

➔ **Uniquement les frais concernant votre mission.**

NOM – Prénom : _____
Fonction : _____
Localité / Domicile : _____
Doyenné : _____

Immatriculation : _____

FRAIS KILOMETRIQUES PARCOURUS

Période : ……..……

DATE	OBJET	ITINERAIRE	KMS
……..	……	……	……
……..	……	……	……
……..	……	……	……
……..	……	……	……
……..	……	……	……
……..	……	……	……
……..	……	……	……
……..	……	……	……
……..	……	……	……
……..	……	……	……
……..	……	……	……
……..	……	……	……
……..	……	……	……
……..	……	……	……
……..	……	……	……

Pour ceux qui ont un lieu de travail, on rappelle que les kms se notent à partir de ce lieu sauf si le trajet est plus court à partir du lieu d'habitation !

TOTAL KMS A REPORTER : _____KMS

INDIQUER LE REPORT DES KMS

DATE	OBJET	ITINERAIRE	KMS
		REPORT :	……
……..	……..	……	……
……..	……..	……	……
……..	……..	……	……
……..	……..	……	……
……..	……..	……	……
……..	……..	……	……
……..	……..	……	……
……..	……..	……	……
……..	……..	……	……
……..	……..	……	……
……..	……..	……	……
……..	……..	……	……
……..	……..	……	……
……..	……..	……	……
……..	……..	……	……

Total du nombre de kilomètres parcourus : …….. Kms x **0,41 €** = …….. €uros

Total des autres frais de déplacement (**<u>péages, tickets de train, de métro</u>**…)* = …….. .€uros

TOTAL(a) = …….……..……. €uros

<u>Autres frais liés à la mission</u> :

- Autre frais***** : …….. €uros

<u>indiquer la nature du frais</u> : ……

TOTAL(b) : …….. €uros

(*) ***<u>joindre les justificatifs originaux</u>***

TOTAL (a+b) : ……. Euros

Nom de l'intéressé(e) :	**Nom du Responsable :**
……	……
J'atteste - L'authenticité des frais déclarés sur la présente demande. - Être en possession d'un permis de conduire valide. - Être le propriétaire du véhicule. - Avoir souscrit à une assurance automobile (avec l'option « trajet professionnel » pour les salariés de l'AGAPA).	
Date :	Date :
Signature :	Signature :