

Formulaire de demande de remboursement des frais de transport

Formulaire à renvoyer avant le **28 février 2019**

Madame Mademoiselle Monsieur

Nom :

Fonction :

Prénom :

Etablissement :

Adresse :

Code postal :

Téléphone :

Ville :

Email :

Itinéraire

	Itinéraire		Dates	Heures	Frais de transport	Total en €
Aller						
Retour						

Justificatifs à fournir

- Ce formulaire complété
- Billets de train, e-billets
- Attestation sur l'honneur complétée
- Relevé d'Identité Bancaire

Fait le :

A :

Signature

Merci d'envoyer votre demande par courrier à :

Filière ORKiD – Boîte 43
Hôpital Anaud de Villeneuve – CHU de Montpellier
371, avenue du Doyen Gaston Giraud
34295 Montpellier cedex 5

Ou par mail à

contact@filiereorkid.com

Pour tout renseignement, contacter le secrétariat de la filière au 04 67 33 55 99

ATTESTATION

Je soussigné(e), certifie que je n'ai en aucun cas bénéficié d'une prise en charge financière par (nom de l'établissement) pour me rendre à la 4^{ème} journée de la filière de santé ORKiD, à l'Institut Imagine à Paris le 24 janvier 2019. J'ai financé mes frais de transport par mes propres moyens.

Fait à, le pour faire valoir ce que de droit.

Signature