

## Formulaire de demande de remboursement des frais de transport

Formulaire à renvoyer avant le 15 juin 2020

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](mailto: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 5<sup>ème</sup> journée de la filière de santé ORKiD, à l'Institut Imagine à Paris le 23 janvier 2020. J'ai financé mes frais de transport par mes propres moyens.

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

Signature