

Formulaire de demande de remboursement des frais de transport

Formulaire à renvoyer avant le **24 janvier 2022**

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 (**billets seconde classe à privilégier**)
- Attestation sur l'honneur complétée
- Relevé d'Identité Bancaire

Fait le :

A :

Signature

Merçi d'envoyer votre demande par courrier à :

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

Ou par mail à

secretariat-orkid@chu-montpellier.fr

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

6^{ème} journée nationale ORKID
14 décembre 2021, Paris

ATTESTATION SUR L'HONNEUR

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 6^{ème} journée de la filière ORKID, à Paris. J'ai
financé mes frais de transport par mes propres moyens.

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

Signature