



CENTRE HOSPITALIER AUNAY-BAYEUX

ETAT DES FRAIS DE DEPLACEMENTS DETAILLE

PERIODE

NOM

PRENOM

EMPLOI

SERVICE

VEHICULE PERSONNEL Nbre de chevaux :

MOTIF DU DEPLACEMENT	ITINERAIRE	DATE	HEURE DEPART	HEURE RETOUR	NOMBRE DE KILOMETRES

Vérifié et reconnu exact
le

signature de l'intéressé

Etat certifié exact
le

signature du responsable

ETAT DE FRAIS DE DEPLACEMENT

DROITS D'INSCRIPTION

_____ €

INDEMNITE DE TRANSPORT

Péage: _____ Métro/Bus : _____ SNCF : _____ Avion : _____ €
Autre : _____

Indemnités kilométriques:

Calcul des indemnités:

Cumul Précédent:	_____ Kms	Jusqu'à 2000 kms	_____ X	=	_____ €
Total du mois:	_____ Kms	De 2000 à 10 000 Kms	_____ X	=	_____ €
	_____	au-delà de 10 000 Kms	_____ X	=	_____ €
Total cumulé annuel:	_____ Kms				_____ €

INDEMNITES DE NUITS ET DE REPAS

Paris / Province: _____ nuit(s)x € = _____ repas X € = _____ €

IMPUTATION BUDGETAIRE :

Compte: _____ Montant: _____ €

Compte: _____ Montant: _____ €

TOTAL GENERAL :

_____ €

ARRETE LE PRESENT ETAT DE LA SOMME DE:

.....

CADRE RESERVE A L'ORDONNATEUR

Certifie exacte

Bayeux, le _____

L'ORDONNATEUR