



CENTRE HOSPITALIER AUNAY-BAYEUX

ETAT DES FRAIS DE DEPLACEMENTS DETAILLE

PERIODE

NOM _____

PRENOM

EMPLOI

SERVICE

VEHICULE PERSONNEL Nbre de chevaux :

VEHICULE PERSONNEL Nbre de chevaux :

Nbre de chevaux :

Vérifié et reconnu exact
le

Etat certifié exact
le

signature de l'intéressé

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