



## **Fiche de remboursement**

### ***Frais de déplacement***

Demande à adresser à la coordinatrice de la CPTS

Hilal BILICAN

coordination.cptsnordbx@gmail.com

Tél : 06 20 42 38 75

<b>Identité du professionnel de santé</b>	Nom : Prénom : Fonction ( <i>pour les membres du bureau ou du CA</i> ) :  Profession : Adresse:
<b>Nature et lieu de la réunion</b>	
<b>Date du déplacement</b>	
<b>Mode de déplacement</b>	<input type="checkbox"/> Train Tarif SNCF équivalent à la 2e classe :
	<input type="checkbox"/> Voiture ( <i>Barème Via Michelin</i> ) <input type="checkbox"/> Distance parcourue en km : <input type="checkbox"/> Parking : <input type="checkbox"/> Péage :
	<input type="checkbox"/> Autres
	<input type="checkbox"/> Hébergement* <input type="checkbox"/> Nom de l'établissement :

CPTS Nord Bordeaux

249 Rue Mandron, 33300 Bordeaux

06 20 42 38 75 - [cptsnordbx@gmail.com](mailto:cptsnordbx@gmail.com)

N° SIRET : 921 924 015 00016

<b>Frais de séjour</b>	<input type="checkbox"/> Nombre de nuit(s): <input type="checkbox"/> Dépense hébergement :  <input type="checkbox"/> Repas ** :
<b>Montant total dû</b>	

**Joindre les originaux des factures.**

Fait à ....., Le .....

Signature du demandeur :

*\*Hôtel sur une base maximum de 150 €/nuit (200 €/nuit à Paris)*

*\*\* Repas sur une base maximum de 20 €*