

**Association des soins palliatifs du Nouveau-Brunswick
Demande de remboursement de frais de déplacement**

Nom : _____

Adresse: _____

Raison du déplacement : _____

Date de départ : _____ Départ de : _____

Date de retour : _____ Retour de : _____

DÉTAIL DES DÉPENSES

					Montant réclamé \$	Usage interne
<input type="checkbox"/>	Déplacement					
<input type="checkbox"/>	Avion ou train (joindre les reçus)				\$	
<input type="checkbox"/>	Location de voiture (joindre les reçus)				\$	
<input type="checkbox"/>	Essence (joindre les reçus)				\$	
OU						
<input type="checkbox"/>	Kilométrage : _____ Km totaux X 0,41 \$/km				\$	
<input type="checkbox"/>	Repas		Dans la province	Hors province		
	Déjeuner	_____ Jours X	7,50 \$	10,00 \$	\$	
	Dîner	_____ Jours X	10,50 \$	12,00 \$	\$	
	Souper	_____ Jours X	19,50 \$	24,00 \$	\$	
<input type="checkbox"/>	Frais d'inscription (joindre le reçu)				\$	
<input type="checkbox"/>	Hébergement (joindre les reçus) _____ nuits x _____ \$				\$	
<input type="checkbox"/>	Autre (détails et reçus) _____				\$	
<input type="checkbox"/>	Autre (détails et reçus) _____				\$	
	Montant total réclamé				\$	
	Moins : Allocation déjà versée				\$	
	Solde dû				\$	

Signature : _____ Date : _____