



**Formulaire
DEMANDE DE REMBOURSEMENT DE DÉPENSES**

Nom : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____ Télécopieur : _____

Conseil d'administration Comité exécutif Comité du congrès

Autre (précisez) : _____

Lieu de rencontre : _____ Date : _____

TRANSPORT

De (ville) : _____ à (ville) : _____

Automobile : nombre de kilomètres : _____ à _____ \$ / km

(Nov. 2008 : 0-200 km : 0,36 \$; 201-800 km : 0,18 \$; 810 km et plus 0,09 \$)

Moyen de transport autre que l'automobile : _____

HÉBERGEMENT

Lieu	Ville	Date
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

REPAS

Lieu	Ville	Date
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

DIVERS (Inscriptions, stationnements, téléphones, pourboires, etc.)

TOTAL _____

Signature : _____ Date : _____

Joindre reçus et pièces justificatives au présent formulaire et poster à :	Monsieur Jean Gagné-Boissonneault Hôpital Sainte-Croix 570, rue Hériot Drummondville (Québec) J2B 1C1
---	--