

DEMANDE DE REMBOURSEMENT DE FRAIS DE DÉPLACEMENT (Bénévoles, Médecins, Membres du CAE, Stagiaires, Usagers-ressources)

(1) PRÉNOM ET NOM: _____

ADRESSE: _____

SERVICE / DÉPARTEMENT: _____

Mise à jour du taux	1 ^{er} avril 2025	0,640 \$
	1 ^{er} octobre 2025	0,645 \$
	1 ^{er} avril 2026	0,650 \$

Code d'imputation

Unité administrative: (7 chiffres)

Code secondaire: (4 chiffres)

Modalités dépenses diverses

Déjeuner: 15,40\$	Diner: 21,20\$	Souper: 32,05\$
--------------------------	-----------------------	------------------------

Les frais ne seront remboursables que sur présentation des pièces justificatives

[illegible]

Totaux déplacements	0.00	KM	0.00 \$	\$
---------------------	------	----	---------	----

Total dépenses diverses	0.00 \$	\$
--------------------------------	---------	----

Signature _____

Date _____

RÉCLAMATION TOTALE:	0.00 \$ \$
----------------------------	-------------------

APPROUVÉ par: Nom en lettre moulée

Date _____

APPROUVÉ par: Signature

(1) Pour un nouveau fournisseur, veuillez vous assurer que le formulaire de Création de fournisseur est dûment complété.