

MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES

**CONSEILLER DU SALARIE**  
Programme 0111-02-03  
**ETAT DE FRAIS DE DEPLACEMENT**

NOM et Prénom

FONCTION : Conseiller du salarié

Résidence Familiale :

Véhicule :

Puissance fiscale

CV

**FRAIS DE TRANSPORT**

	Moyen de transport	Date	Ville et heure de départ	Ville et heure d'arrivée	kilomètres
ALLER					
RETOUR					
ALLER					
RETOUR					
ALLER					
RETOUR					
				<b>TOTAL</b>	

**INDEMNITES DE REPAS**

Nombre.....taux.....TOTAL

**TOTAL GENERAL** : Transport + Repas =

**MODE DE PAIEMENT**

Coordonnées Bancaire :

**BANQUE (1)**

Code banque

Code guichet

N° Compte

Clé RIB

Virement à un compte Postal

Bancaire

Caisse d'Épargne

L'intéressé certifie l'exactitude du présent état,

Fait à

Le

Signature

(1) Lors de la première demande de remboursement par virement ou en cas de changement de compte, joindre un relevé d'identité correspondant

(Partie réservée à l'administration)

Certifié service Fait

VU et ARRETE le présent état à la somme de :

A Auxerre le :

Certifié exact,

PAR SUBDELEGATION DU PREFET DU DEPARTEMENT

Le liquidateur