Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTERE DU TRAVAIL, DU PLEIN EMPLOI ET DE L'INSERTION

CONSEILLER DU SALARIE

Programme 0111-02-03

ETAT DE FRAIS DE DEPLACEMENT

NOM et Prénom **FONCTION : Conseiller du Salarié**

Résidence Familiale :
Date de l'autorisation administrative de circuler : / / Puissance fiscale CV

FRAIS DE TRANSPORT

Moyen de transport	Date	Ville et Heure de départ	Ville et Heure d'arrivée	Kilomètres
			TOTAL	

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'Epargne** ❒

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 Dijon le :
Certifié exact, **Le liquidateur**