

ASSEMBLEE GENERALE
MSA COTES NORMANDES
26 JUIN 2025

Demande de remboursement des frais de déplacement

Pour tout renseignement concernant l'Assemblée générale, appeler le 02 31 25 39 03 ou le 02 31 25 37 30

COLLEGE : 2 N° sécurité sociale

NOM Prénom Commune

Avez-vous subi une perte de salaire ? ⁽¹⁾ OUI NON ⁽¹⁾ Cochez la case correspondante

Si OUI merci de faire compléter l'« Attestation de l'employeur » par votre employeur afin que vous soyez remboursé de votre perte de salaire.

IDENTIFICATION DU VEHICULE PERSONNEL : (JOINDRE OBLIGATOIREMENT UNE COPIE DE LA CARTE GRISE)

N° d'immatriculation Puissance fiscale CV

Distance de votre domicile à **CONDE SUR VIRE** (aller/retour) en kilomètres

CHOIX DU TRANSPORT

① TRANSPORT PAR AUTOCAR OUI NON

Ramassage au départ de la ville de :

Distance de votre domicile à cette ville (**aller et retour**) en kilomètres

Ou ② VEHICULE PERSONNEL (JOINDRE OBLIGATOIREMENT UNE COPIE DE LA CARTE GRISE) OUI NON

Distance parcourue avec votre véhicule personnel (**aller et retour**) en km

Si co-voiturage

a) Liste des personnes que vous avez transportées :

- M. collègue Point de départ :

- M. collègue Point de départ :

- M. collègue Point de départ :

b) pour les personnes transportées

Préciser le point de départ du co-voiturage :

A, le

Signature,

<p>RESERVE AU SERVICE</p> <p>Saisie comptable : Journal : NDF – Type de Pièce : HON Compte : 65342</p> <p>S 1 : 004 S 2 : DIRS0004 S 3 : 0013 S 4 : 653C S 5 : ZZZ 4672 : ADM :</p> <p style="text-align: right;">I K :€ > 50 km :€</p> <p>TOTAL A PAYER :€</p>	<p>DIRECTEUR</p>	<p>DIRECTRICE COMPTABLE ET FINANCIERE</p>
--	------------------	---