

# Note de frais 2017

Document réservé au relevé de frais de la LFBBS

**17-D-**

Code du document

Nom  Date

Prénom  Adresse

Compte en banque

Programme  Fonction

Date	Déplacements Nbr de km total	Prestations Nbr d'heure	Divers Montant en €	Description Pour les déplacements, veuillez indiquer le trajet : Départ - Arrivée
<b>Total</b>	<b>0,0 km</b>	<b>0</b>	<b>€ 0,00</b>	

Taux de remboursement des km

€ 0,33

Taux horaire des prestations

€ 16,00

**TOTAL**

€ 0,00

+

€ 0,00

+

€ 0,00

=

€ 0,00

Déplacement

Prestation

Frais divers

A payer

Je soussigné  
certifie sincère et complète.

Signature

Nombre d'annexe

1

*Cadre réservé à la commission financière LFBBS*

Accepté

Motif

Refusé

Nom et signature



Legris Jérôme