**ETAT DE FRAIS DE DEPLACEMENT ET D'HEBERGEMENT**

**Joindre mandat ou convocations aux réunions**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Pièce n°:****Exercice :** 2023**Cpte :****Payé le :****Chèque n° :****De :** | **Date :**  | **Lieu :**  |
|  |

|  |
| --- |
| **Exposé par****Nom :** **Prénom :** **Fonction syndicale :** **Domicile (adresse précise) :****Téléphone :** **Date et heure de départ :** **Date et heure de retour :**  |

|  |  |
| --- | --- |
| **A / FRAIS DE TRANSPORT****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**⌧**S.N.C.F.** ❑**Avion** ❑**( sur accord préalable)**❑**Véhicule personnel** (Remboursement selon le tarif en vigueur pour la fonction publique en fonction de la puissance fiscale du véhicule) : **Puissance fiscale du véhicule : CV Calcul € x Km Montant = €****Divers : péage, parcotrain, tickets de métro, Bus…** **= €** | **B / FRAIS DE SEJOUR****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Nuitée d'hôtel** (selon zone)**110,00 €** (Paris) **x … =** **90,00 €** (gdes villes et gd Paris) **x ...=****70,00 €** (France métropole) **x….=****Nombre de repas****15,25 € x …………. =**  |
| **SOUS - TOTAL A €** | **SOUS - TOTAL B : €**  |
|  | **TOTAL A + B = €** |

*Les remboursements sont effectués dans la limite des barèmes fonction publique et dans la limite des frais exposés.*

**Certifié exact, le xx/xx/2023**

**Signature**

**Vu, bon à payer**

**Le Trésorier national, Sébastien HOUADEC**

**Renvoyer à :**

**Trésorier National - Syndicat des Cadres Hospitaliers FO - 14 rue Vésale 75005 PARIS**

**permanence@chfo.org**