

**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**