SYNDICAT SUD PROTECTION SOCIALE DE L'OISE

Demande de remboursement des frais de déplacement des syndiqués

NOM : **PRENOM :** **MANDAT :**

Date du déplacement	Itinéraire et motif du déplacement	Indemnités kilométriques			Essence / parking péage	Avion / métro / train	Frais de repas	Frais de découcher	Dépense totale
		Kms effectués	Montant IK	Total à rembourser					
	TOTAL								

Date de la demande : Signature :

Indemnités kilométriques : **0,30 € / km** suite à décision du 5 octobre 2023 (du domicile au lieu de réunion)
Repas : remboursement des frais de repas réellement engagés dans la limite de 20 **€ par repas** sur présentation d'un justificatif