

**APIMED-PL  
Note de frais**

Nom/Prénom :
CP/Ville :
Puissance Fiscale de votre voiture :

*Date :*

Date	Réunion	KM (Aller/Retour)	TRAIN	Péage, bus, tram, taxi, achats divers...
JOINDRE IMPERATIVEMENT LES JUSTIFICATIFS POUR LE REMBOURSEMENT				
<b>TOTAL KM</b>				
Indemnité applicable selon la puissance fiscale de votre voiture : 4cv=0,518€ / 5cv=0,543€ / 6cv=0,568€ / 7cv et plus =0,595€		votre coef. multiplicateur :		
<b>SOUS-TOTAL</b>				
<b>MONTANT TOTAL A REMBOURSER</b>				

*Signature :*