

**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 | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| TOTAL KM | | | | |
| Indemnité applicable selon la puissance fiscale de votre voiture : 4cv=0,493€ / 5cv=0,543€ / 6cv=0,568€ / 7cv et plus =0,595€ | | | | |
| | | votre coef. multiplicateur : | | |
| SOUS-TOTAL | | | | |
| MONTANT TOTAL A REMBOURSER | | | | |

Signature :