



9.8 Formulaire de remboursement des dépenses

Date: _____
Nom: _____
Adresse: _____
Ville: _____
Code postal: _____

Transport

Automobile (nombre km): _____ @ 0.50 ¢ / km \$ _____
Train: \$ _____
Autobus: \$ _____
Avion: \$ _____
Taxi: \$ _____

Logement et repas

Hotel ou résidence: \$ _____
Repas: Petit déjeuner: \$ 15.00 \$ _____
 Dîner: \$ 20.00 \$ _____
 Souper: \$ 30.00 \$ _____

Autres dépenses (spécifier)

_____ \$ _____
_____ \$ _____
_____ \$ _____
TOTAL: \$ _____

Date et but du déplacement

Signature du réclamant(e) _____

NOTE: *les factures et reçus pertinents devront accompagner toute réclamation.*

SVP envoyer à: Société de Saint-Vincent de Paul
Conseil national
2463 Chemin Innes
Ottawa ON K1B 3K3