

FRAIS DE DEPLACEMENT (ETUDIANT, INTERNE, SALARIE)

MOIS ET ANNEE DE REFERENCE : ! _ ! _ ! 2 ! 0 ! _ ! _ !

Identification du professionnel de santé participant :

Civilité.....Prénom.....Nom.....
Adresse personnelle : N°.....Rue
Code postal :Ville :
Téléphone :Adresse mail.....

Adresse du centre de vaccination :

Types de frais engagés :

		Montant
Transport en commun	Type :	
Véhicule personnel	cyindrée :	
Parking	–	
Taxi	–	
Frais de repas	Nombre :	
Frais de nuitée	Nombre :	
Total	–	

JOINDRE LES PIECES JUSTIFICATIVES.

SIGNATURE DU RESPONSABLE DE CENTRE :

SIGANTURE DU PROFESSIONNEL :

le...../...../20