ASSOCIATION des INTERNES de MEDECINE GENERALE de LILLE

DEMANDE DE REMBOURSEMENT DE FRAIS DE TRANSPORT

Reçu par l'AIMGL le : ☐☐/☐☐/☐☐☐☐
Traité par le Trésorier le : ☐☐/☐☐/☐☐☐☐
Total Remboursé : ☐☐☐,☐☐ €

ADHERENT DEMANDEUR :

NOM
NOM J-Fille
PRENOM
ADRESSE

TELEPHONE GSM (Pour être prévenu rapidement en cas de problème) ☐☐.☐☐.☐☐.☐☐.☐☐

DEPLACEMENT : LE/DU ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐ AU ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐

LIEU
MOTIF

TITRES DE TRANSPORT :

☐ **TRAIN** *Réservé AIMGL* ☐☐☐,☐☐ €

- ☐ Mes titres de transport sont à mon nom
- ☐ Mes titres de transport mentionnent le coût du voyage
- ☐ Mes titres de transport sont compostés (Hors iDTGV)
- ☐ Mes titres de transport sont au tarif de 2ème Classe (si 1ère Classe, apporter la preuve de la différence de tarif)

☐ **AVION (Seulement si accord du Président et du Trésorier)** *Réservé AIMGL* ☐☐☐,☐☐ €

- ☐ Mes titres de transport sont à mon nom
- ☐ Mes titres de transport mentionnent le coût du voyage

☐ **VOITURE (Seulement si membre du Conseil d'Administration de l'AIMGL)** *Réservé AIMGL* ☐☐☐,☐☐ €

- ☐ Nombre de kilomètres aller + retour (joindre une estimation de l'itinéraire) ☐☐☐☐ km
- ☐ Puissance fiscale du véhicule (joindre une copie de la carte grise du véhicule) ☐☐ CV fiscaux
- ☐ Je joins l'ordre de Mission établi par le Conseil d'Administration

☐ **AUTRES (Joindre les justificatifs et le détail du voyage sur papier libre)** *Réservé AIMGL* ☐☐☐,☐☐ €

☐ Bus ☐ Métro ☐ RER ☐ Tramway (☐ Repas ☐ Carte SNCF)

Je souhaite être remboursé par : ☐ CHEQUE ☐ VIREMENT BANCAIRE (Joindre un RIB)

Je déclare avoir pris connaissance au préalable du Règlement Intérieur de l'AIMGL en vigueur

Fait à ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Signature

Le ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐