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

Portable (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

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

☐ Bus ☐ Métro ☐ RER ☐ Tramway

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 ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐