

**Association des soins palliatifs du Nouveau-Brunswick  
Demande de remboursement de frais de déplacement**

Nom : \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Raison du déplacement : \_\_\_\_\_

Date de départ : \_\_\_\_\_ Départ de : \_\_\_\_\_

Date de retour : \_\_\_\_\_ Retour de : \_\_\_\_\_

**DÉTAIL DES DÉPENSES**

					Montant réclamé \$	Usage interne
<input type="checkbox"/>	Déplacement					
<input type="checkbox"/>	Avion ou train (joindre les reçus)				\$ _____	
<input type="checkbox"/>	Location de voiture (joindre les reçus)				\$ _____	
<input type="checkbox"/>	Essence (joindre les reçus)				\$ _____	
<b>OU</b>						
<input type="checkbox"/>	Kilométrage : _____ Km totaux X 0,50 \$/km				\$ _____	
<input type="checkbox"/>	Repas		Dans la province	Hors province		
	Déjeuner	_____ Jours X	10,25 \$	13,60 \$	\$ _____	
	Dîner	_____ Jours X	14,35 \$	16,30 \$	\$ _____	
	Souper	_____ Jours X	26,60 \$	32,65 \$	\$ _____	
<input type="checkbox"/>	Frais d'inscription (joindre le reçu)				\$ _____	
<input type="checkbox"/>	Hébergement (joindre les reçus) _____ nuits x _____ \$				\$ _____	
<input type="checkbox"/>	Autre (détails et reçus) _____				\$ _____	
<input type="checkbox"/>	Autre (détails et reçus) _____				\$ _____	
	Montant total réclamé				\$ _____	
	Moins : Allocation déjà versée				\$ _____	
	Solde dû				\$ _____	

Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_