



**FICHE DE REMBOURSEMENT
TRANSPORTS DES ASSOCIATIONS USEP**

PIECE N°

COMITÉ DÉPARTEMENTAL
USEP DE LA MANCHE
5, BOULEVARD DE LA DOLLÉE
50000 SAINT-LÔ

NOM DE L'ASSOCIATION :

INTITULÉ COMPTE BANCAIRE :

DATE DE LA DEMANDE :

| DATE TRANSPORT | DESTINATION TRANSPORT | NOM TRANSPORTEUR - N° FACTURE | MONTANT TTC € | PRISE EN CHARGE USEP € |
|---------------------------|--------------------------|----------------------------------|------------------|------------------------------|
| | | | - € | - € |
| | | | - € | - € |
| | | | - € | - € |
| | | | - € | - € |
| | | | - € | - € |
| | | | - € | - € |
| | | | - € | - € |
| | | | - € | - € |
| | | | - € | - € |
| | | | - € | - € |
| TOTAL A REMBOURSER | | | | |

Commentaire :

Merci de fournir les copies des factures de transports relatives à votre demande de remboursement.

| |
|--|
| <p>Réservé à la comptabilité</p> <p>Code analytique :</p> <p>Date du paiement :</p> <p>Mode de paiement</p> |
|--|