

DATE DE LA DEMANDE :
Document en date du 19 avril 2010 non modifiable.

DONNEES D'IMPUTATION		MISSIONNAIRE	
SOCIETE	9990	N° MATRICULE :	
CENTRE FINANCIER	94002U8628	NOM :	
CENTRE DE COUTS	94UM8628	PRENOM :	
DOMAINE FONCT.	107		
N° éOTP.			
DEMANDE D'AVANCE		<input type="checkbox"/> OUI	<input checked="" type="checkbox"/> NON

(avance de 75 % sur le montant total des nuitées et des repas)

TYPE DE DEPLACEMENT		FRAIS D'INSCRIPTION		
<input type="checkbox"/> Forfaitaire		Montant :	€ incluant repas et nuit(s)	
<input type="checkbox"/> Frais réel				
<input type="checkbox"/> Sans frais		<input type="checkbox"/> A régler à l'Organisme		
N° de l'OMP :		<input type="checkbox"/> A rembourser au missionnaire		
<input type="checkbox"/> Déplacement sur OMP forfaitaire		<input type="checkbox"/> A Payer par l'UP11		
<input type="checkbox"/> Déplacement sur OMP frais réel				
Abattement forfaitaire :	€			

DONNEES DE DEPLACEMENT					
Départ/arrivée résidence administrative		Départ/arrivée résidence familiale			
MOTIF DE DEPLACEMENT :					
LIEU DE DEPLACEMENT :					
DEPART LE		A	h	DE	
RETOUR LE		A	h	A	
ETAPE(S)					
N°	DU	HEURE	AU	HEURE	VILLE/PAYS
1					
2					
3					
4					
5					

MOYENS DE TRANSPORT AUTORISES			
<input type="checkbox"/> Véhicule personnel	€	<input type="checkbox"/> Véhicule administratif	<input type="checkbox"/> Passager véhicule
<input type="checkbox"/> Train:		<input type="checkbox"/> Train payé par	
<input type="checkbox"/> Avion:	€	<input type="checkbox"/> Avion payé par	
		<input type="checkbox"/> Prise de billet par le service missions	
<input type="checkbox"/> Autres à préciser :			

GESTIONNAIRE	RESPONSABLE DU LABORATOIRE OU DU SERVICE
Nom : Fabienne Jacquemin	Nom : Patrick Gérard
Tél. : 01 69 15 79 49	Qualité : Directeur de Laboratoire
Mail : fabienne.jacquemin@math.u-psud.fr	Date de signature :
	Signature :