



COOP SANTÉ AYLMER

COMPTE DE DÉPENSES

Date: _____ Nom et prénom: _____
Adresse: _____
Dépenses encourues pour _____ (jour ou période)
Raisons de la réclamation: _____

DÉPENSES (joindre les reçus)

(réservé à l'administration)

A-TRANSPORT

Avion: _____ \$

Taxi: _____ \$

Voiture personnelle: _____ \$

Stationnement: _____ \$

Autres: _____ \$

TOTAL _____ \$ + TPS _____ \$ + TVQ _____ \$ = _____ \$

B-LOGEMENT

_____ \$

_____ \$

_____ \$

TOTAL _____ \$ + TPS _____ \$ + TVQ _____ \$ = _____ \$

C-FRAIS DE NOURRITURE

Date	Déjeuner	Dîner	Souper	TOTAL
------	----------	-------	--------	-------

_____	_____	_____	_____	_____ \$
-------	-------	-------	-------	----------

_____	_____	_____	_____	_____ \$
-------	-------	-------	-------	----------

_____	_____	_____	_____	_____ \$
-------	-------	-------	-------	----------

_____	_____	_____	_____	_____ \$
-------	-------	-------	-------	----------

_____	_____	_____	_____	_____ \$
-------	-------	-------	-------	----------

TOTAL _____ \$ + TPS _____ \$ + TVQ _____ \$ = _____ \$

D-AUTRES DÉPENSES

_____ \$

_____ \$

_____ \$

TOTAL _____ \$ + TPS _____ \$ + TVQ _____ \$ = _____ \$

TOTAL de la réclamation _____ \$

signature du réclamant

Date

Montant défrayé par:

Coop CMAL CPAL

Autorisé par

Paiement

Chèque no.

Date

\$