V 20260101.01

Formulaire de remboursement des dépenses mensuelles

UNE SEN

Nom:
ID. AFPC:
Adresse:
Province:
Locale:
Ville:
Code Postal:
Adresse électronique:
Mois:

Mois de:

Transport:

**Taxi (pourboire max 20%) $ - *Taxi syndiqué*

Kilomètres

Taux km $ -

**Stationnement

Notes:

Totale $ -

Hébergement:

**Hôtels	Dates	# Nuits	Montant

$ -

Per Diems:

	PROVINCES #	YK #	NWT #	NUNAVUT #	
Petit Déjeuner					$ -
Déjeuner					$ -
Dîner					$ -
Faux frais					$ -

Totale $ -

****Autres:** ****Descriptions:**

Cellulaire
Don
Équipement
Ameublement
Honoraires
Internet
Divers
Photocopies
Frais postaux
Frais d'adhésion
Fournitures
Traduction

$ -

Perte de salaire:

Taux applicable	Hres	Taux Horaire	
	0.00	$ -	
Taux minimum	0.00	$ 38.00	*Svp joindre votre liste d'activité.*
Totale			$ -

Impôt sur le revenu demandé//(minimum 25%) 25 %

Totale $ -

Signature de l'employée/Membre

Date

Dû au demandeur $ -

Recommandé par

Moins l'avance

Approuvé(e) par

Montant net $ -

À l'usage du bureau seulement

No. de chèque/TFVE	Montant

****Pour amorcer le paiement, des reçus sont requis pour tous les articles, à l'exception des repas.**

Soumettre les formualaires de remboursement de dépenses en ligne à:

claims-reclamations@une-sen.org

ou par la poste au: