



pour une formation et une information médicales indépendantes de tout autre intérêt que celui de la santé des personnes.

## Attestation de renoncement au remboursement des frais de déplacement

NOM :

PRENOM :

ADRESSE :

DATE(S) DE LA MISSION :

INTITULE DE LA MISSION:

Nature de la dépense	Descriptif (4)	Montants à retenir
Transport (1)		
Hébergement(2)		
Restauration(3)		
		TOTAL

Apposer la mention manuscrite « je renonce au remboursement des dépenses démontrées par les pièces ci-jointes pour un montant de x € » :

Date

Signature

1 Dans la limite de : Train : frais réels. Voitures : barème fiscal (2015) 0.306 euros/km. Deux roues 0.119 euros/km.

2 Dans la limite de 96,1 euros par nuit d'hôtel à Paris et 70.8 en province. 3 Dans la limite de 17,9 euros par repas.4-Liste de toutes les dépenses. Fournir tous les justificatifs.