*SYNDICAT RÉGIONAL*

*DES PROFESSIONNELLES EN SOINS*

*DU QUÉBEC*

5630, rue Hochelaga, Montréal (Québec) H1N 3L7

Téléphone (514)379-6030 \* Télécopieur : (514) 379-3141

Courriel : [information@srpsq.org](mailto:information@srpsq.org) \* [www.srpsq.org](http://www.srpsq.org)

COMPTE DE DÉPENSES

S.V.P. REMPLIR EN LETTRE MOULÉES

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| DATE | OBJET DE LA RÉUNION | LIEU |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| FRAIS DE DÉPLACEMENT (date) | | |  |  |  |  |  | **ESPACE RÉSERVÉ À LA COMPTABILITÉ**  **TOTAL KM** | | | |
| MÉTRO/AUTOBUS/TRAIN\* | | |  |  |  |  |  |
| AUTO – KM PAR JOUR | | |  |  |  |  |  |  | **X 0.** |  | **$** |
|  |  |  | |
| Nom des passagers : | |  | | | | |  |  | |
|  | | | | |  |  | |
| Date(s) : |  | | | | | |  |
|  | | | | | |  |
| STATIONNEMENT\* | | |  |  |  |  |  | TOTAL : | | | |
| AUTRES : (préciser) | | |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| FRAIS DE SÉJOUR (date) |  |  |  |  |  | TOTAL : |
| DÉJEUNER |  |  |  |  |  |
| DINER |  |  |  |  |  |
| SOUPER |  |  |  |  |  |
| COUCHER |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| FRAIS SUPPLÉMENTAIES DE GARDERIE : \* | TOTAL : |

|  |  |
| --- | --- |
| AUTRES  (EXPLICATION DE LA RÉCLAMATION) : \* | TOTAL : |

*\*Annexer reçus* TOTAL DES DÉPENSES :

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nom : | |  | | | | | | | | | ‘’ Aucune dépense ne sera remboursée sans pièces justificatives. Toute réclamation doit être faite au plus tard trente (30) jours après la réunion. ‘’ | |  | |  |
| Adresse : | | | | |  | | | | | |  | |  | |  |
|  | | | |  | | | | | | |  | |  | |  |
| NAS : |  | | | | | | |  | | | | |  | |  |
| Tél. rés. : | | |  | | | | | Tél. Cel. : | |  | | |  | |  |
|  | | | | | | | | | |
| NOM DE L’ÉTABLISSEMENT : | | | | | |  | | | | | SIGNATURE : | |  | | |
|  | | | | | |  | | | | |  | | |
| ESPACE RÉSERVÉ À LA COMPTABILITÉ | | | | | | | | | | | | | | | |
| DATE : | | |  | | | | CHÈQUE : | |  | | | MONTANT APPROUVÉ : | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |