

Conseil Consultatif pour les Eaux Occidentales Septentrionales

FORMULAIRE DE REMBOURSEMENT

A compléter et envoyer rempli à l'attention de: Secrétaire du CC-EOS, C/O BIM, Crofton Road, Dun Laoghaire, Co. Dublin, Ireland
Voir règles de remboursement ci-dessous

CE DOCUMENT EST VALABLE QUE S'IL EST SIGNÉ PAR LE REPRÉSENTANT DU MEMBRE-ORGANISATION PRÉSENT A LA RÉUNION

NOM: _____ **PRÉNOM:** _____

ORGANISATION: _____

ADRESSE: _____

Coordonnées supplémentaires pour le suivi du demande de remboursement (secrétaire, service comptabilité, etc.)

NOM: _____ **TÉLÉPHONE OU EMAIL:** _____

DÉTAILS DE LA RÉUNION

Date _____ Heure _____ Lieu _____

Type de Réunion:

Assemblée Générale Comité Exécutif GDT1 GDT2 GDT3 GDT4

Groupe de discussion* Commission* CIEM* Autre*

* Pour les réunions indiquées avec un astérisque veuillez donner le nom de la réunion/thème _____

DÉTAILS DE VOYAGE

Date d'arrivée _____ Date de départ _____

Avion (classe écon.)¹ Coût _____ Euro Sterling

Train¹ Coût _____ Euro Sterling

Bateau¹ Coût _____ Euro Sterling

Autobus¹ Coût _____ Euro Sterling

Parking-Péage¹ Coût _____ Euro Sterling

1 SUR PRÉSENTATION DU BILLET, REÇU, FACTURE ORIGINAL LES FRAIS DE TAXI NE SONT PAS REMBOURSÉS

Voiture personnelle Plaque: _____

A partir de: _____ à: _____ Distance (km) _____

A partir de: _____ à: _____ Distance (km) _____

INDEMNITE POUR FRAIS DE SEJOUR

Application du système per diem (160 €/nuit en hôtel)

Nombre des nuitées _____ Total (€160 x nombre des nuits) _____ Facture ci-joint *

***VEUILLEZ JOINDRE LA FACTURE ORIGINALE D'HÔTEL POUR RÉCLAMER LE FORFAIT PER DIEM DE €160**

Si votre organisation doit tenir l'original de la facture, veuillez nous envoyer un exemplaire visé par votre organisation en tant que "copie certifiée conforme à l'originale".

TOTAL À REMBOURSER _____ Euro Sterling

Le soussigné déclare que les renseignements fournis dans le présent formulaire sont sincères et véritables et s'engage à ne percevoir aucune indemnité d'une autre organisation ou personne pour le même voyage ou séjour.

DATE / / SIGNATURE DE L' EXPERT: _____

SECRÉTAIRE DE LA RÉUNION: Je certifie que ces informations sont exactes et que l'expert a participé à la réunion et devrait être remboursé comme détaillé ci-dessus (pour usage exclusive du Secrétariat du CC-EOS)

Montant total à rembourser: _____ Données contrôlées et autorisées pour paiement _____

Nom: _____

DATE / / SIGNATURE DE LA SECRÉTAIRE: _____

DÉTAILS DE PAIEMENT (pour usage exclusive du Secrétariat du CC-EOS)

Date du paiement _____ Numéro de référence du paiement _____

Montant total de la transaction _____ Numéro de compte _____

Signature: _____

DÉTAILS BANCAIRES

Veuillez compléter si vous êtes un nouveau membre du CC-EOS ou si vous voulez changez vos coordonnées bancaires

Nom du compte en banque _____

Adresse du titulaire _____

Numéro de Compte _____ Sort Code _____

Numéro IBAN _____ Swift/BIC _____

Nom de la Banque _____

Adresse de la Banque _____

CACHET DE LA BANQUE + SIGNATURE DU REPRÉSENTANT DE LA BANQUE (*)
LES DEUX SONT OBLIGATOIRES

DATE+SIGNATURE DU TITULAIRE DU COMPTE
OBLIGATOIRE

(*) ou un document émis par la banque reprenant les données suivantes: numéro et titulaire du compte (extrait de compte, avis d'ouverture de compte, RIB).