

Consejo Consultivo para las Aguas Noroccidentales

SOLICITUD DE REEMBOLSO

Rogamos cumplimenten debidamente y envíen este formulario a: Secretaría CC-ANOC, C/O BIM, Crofton Road, Dun Laoghaire, Dublin, Irlanda
Véase el reverso para leer las reglas de reembolso

ESTE FORMULARIO SÓLO SE CONSIDERARÁ VÁLIDO SI ESTÁ FIRMADO POR EL REPRESENTANTE DE LA ORGANIZACIÓN MIEMBRO QUE PARTICIPA EN LA REUNIÓN

APELLIDOS: NOMBRE:

ORGANIZACIÓN / COMPAÑÍA:

DIRECCIÓN:

Detalles de contacto adicionales para el seguimiento de la solicitud (ej. sede de la Secretaría, Departamento de Cuentas...)

NOMBRE: TELÉFONO O E-MAIL

DETALLES DE LA REUNIÓN

Fecha/s Hora Sede / Lugar

Tipo de reunión

- Asamblea General Comité Ejecutivo GT1 GT2 GT3 GT4
Grupo de Enfoque\* Comisión Europea\* CIEM\* Otros\*

\* Requieren nombre exacto de la reunión / asunto tratado

DETALLES DE VIAJE

Fecha de llegada Fecha de salida

- Avión (Clase Turista) 1 Coste Euro GBP Libra
Tren 1 Coste Euro GBP Libra
Barco 1 Coste Euro GBP Libra
Autobús 1 Coste Euro GBP Libra
Parking-Peajes 1 Coste Euro GBP Libra

1 SE RUEGA ENVÍEN RECIBO ORIGINAL PARA ESTA SOLICITUD LAS TARIFAS DE TAXI NO SON REEMBOLSABLES

Vehículo particular Número de Matrícula:

Origen: Destino: Distancia (km)

Origen: Destino: Distancia (km)

DIETAS DE ALOJAMIENTO Y MANUTENCIÓN

Aplicación de un sistema "per diem" (192 €/noche pernoctada en hotel)

Número de noches Cuantía total debida (192€ x noches) Factura adjunta\*

\* SE REQUIERE LA FACTURA ORIGINAL DEL HOTEL PARA RECLAMAR LA TARIFA PERDIUM DE 192 €

SI su organización requiere conservar en su registro la factura original, por favor envíen una copia sellada por la misma como "Copia Auténtica"

COSTE TOTAL RECLAMADO Euro GDP Libra

Por la presente declaro que los datos facilitados en este formulario son ciertos y que no he recibido ni recibiré un reembolso de cuantía igual o similar por este concepto de ningún particular u organización en relación al mismo viaje y a las mismas dietas de alojamiento y manutención.

FECHA FIRMA DEL EXPERTO:

SECRETARIA: Declaro que estos datos son ciertos, que la persona firmante ha asistido a la reunión y debería ser reembolsada de acuerdo con las reglas y requisitos arriba indicados (a cumplimentar por la Secretaría del CC-ANOC)

Cuantía total a transferir: Fecha de fiscalización y autorización para el pago

Nombre:

FECHA FIRMA DE LA SECRETARÍA:

DETALLES DE PAGO (a cumplimentar por la Secretaría del CC-ANOC)

Fecha de orden de pago Número de referencia del pago

Cuantía total de la transacción Cuenta bancaria en la que se efectúa el pago

Firma:

**DETALLES BANCARIOS**

Rogamos cubra esta sección detenidamente si es nuevo miembro del CC-ANOC o desea cambiar la cuenta bancaria de destino del reembolso.

Nombre de Cuenta Bancaria \_\_\_\_\_

Domicilio del titular de la cuenta \_\_\_\_\_

Número de cuenta \_\_\_\_\_ Sort Code \_\_\_\_\_

Código IBAN \_\_\_\_\_ Swift/BIC \_\_\_\_\_

Nombre de la entidad bancaria \_\_\_\_\_

Domicilio de la entidad bancaria \_\_\_\_\_

SELLO DEL BANCO + FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL BANCO (\*)  
AMBOS OBLIGATORIOS

FECHA+FIRMA DEL TITULAR DE LA CUENTA  
BANCARIA  
OBLIGATORIO

(\*) O documento similar emitido por el banco y que contenga los datos siguientes: número de cuenta bancaria y titular de la misma (prueba de apertura de cuenta, etc.)