

# DEMANDE DE REMBOURSEMENT DE FRAIS

Veuillez s’il vous plaît rembourser la somme de      $ à :

|  |  |
| --- | --- |
| Nom : |  |
| Prénom : |  |
| Adresse : |  |
| Ville : |  |
| Code postal : |  |
|  |  |
| Raison : |  |
| Détail : |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Demandé par : |  |
| Date : |

La demande et les pièces justificatives doivent être envoyées à [comptable@csmro.ca](mailto:comptable@csmro.ca) avec [abraham.francois@csmro.ca](mailto:abraham.francois@csmro.ca) en cc.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Pour usage interne seulement : | | | |
| Autorisé par : | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Marcelle Lavoie | Date : | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_-2024 |
| Explications additionnelles si requises : | | | |