

# 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 avec abraham.francois@csmro.ca en cc.

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