# Formulaire de prise en charge de mission par l'AFIHM

*à retourner accompagné d'un RIB (pour la première demande) + de tous les justificatifs + OM sans frais à :*

AFIHM – David BERTOLO
Laboratoire LCOMS
UFR MIM - TECHNOPOLE METZ
3 rue Augustin Fresnel
BP 45112
57073 METZ CEDEX 03 (FRANCE)

Tél : +33 (0) 3 72 74 80 34

E-mail : tresorier@afihm.org

Attention un accord préalable du trésorier ou du président sera nécessaire pour être remboursé des déplacements en voiture (joindre le mail donnant l'accord)

| **Missionnaire** | |
|---|---|
| Nom : | |
| Prénom : | |
| Adresse : | |
| **Mission** | |
| Date : | |
| Lieu : | |
| Motif : | |

| **Dépenses** | |
|---|---|
| Objets des dépenses | Montants |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| **TOTAL** | , € |

| | |
|---|---|
| Payée le : | |
| par Virement : | |
| par Chq numéro : | |