

ETAT DE FRAIS

Joindre tous les justificatifs

IMPUTATION BUDGETAIRE (cadre réservé au service administratif sollicitant le déplacement) (*)

UB : _____ **CF:** _____ **eOtp :** _____

Dom. fonctionnel: _____ **Centre de coûts:** _____

LA MISSION

NOM: _____ **PRENOM:** _____
 Statut/ fonction: _____ Affecté à Rennes 1 Hébergé par Rennes 1 Autre : _____
 Equipe/Service/ Etablissement : _____

MOTIF du déplacement :

Itinéraire de : _____ à _____
 (1) Du _____ à _____ au _____ à _____
 Itinéraire de : _____ à _____
 Du _____ à _____ au _____ à _____

LES FRAIS PRIS EN CHARGE PAR BON DE COMMANDE UR1

Transport Hébergement petit-déjeuner inclus:

LES FRAIS DE TRANSPORT AVANCÉS PAR LE VOYAGEUR

Véhicule personnel Immatriculation : **0** Scv et moins _____
 Base de remboursement : Indemnités km SNCF 2ème classe _____
 Nombre de kilomètres A/R - _____ km _____ **0,00** €
Véhicule de loc. _____ € **Carburant (véhicule administratif/location):** _____ €
Transports publics
 Train: _____ € Avion: _____ € Bateau: _____ €
Autres frais de transport
 Péage _____ € Parking _____ € RER-Métro-Bus-Navette _____ €
 Taxi _____ € Autres (préciser) _____ €

AUTRES FRAIS AVANCÉS PAR LE VOYAGEUR

Frais d'inscription colloques : _____ € Autres (Visa, vaccination, etc) : _____ €

INDEMNITES DE MISSION

Hébergement : joindre les justificatifs. Les frais de nuitées non justifiées ne seront pas indemnisés.

France - DOM-TOM

Nombre de repas à la charge du missionné _____ = _____ €
 Nombre de repas à la charge du missionné pris dans un restaurant administratif _____ = _____ €
 Nombre de repas gratuits _____
Nombre de nuitées à la charge du missionné _____ = _____ €
 Nombre de nuitées à la charge du missionné en structure administrative _____ = _____ €
 Nombre de nuitées gratuites _____ Nombre de nuitées inférieures au forfait (80€) _____ = _____ €

Etranger

Nombre de nuitées à la charge du missionné _____ Nombre de repas à la charge du missionné _____
 Nombre de nuitées gratuites _____ Nombre de repas gratuits _____

Observations (dont forfait) :

Montant mission : _____ **0,00** €
Montant de l'avance déjà perçue: _____ **0** €
MONTANT FINAL SERVICE FINANCIER _____ **0** €
REMBOURSEMENT SOLLICITE _____ **0** €
 Fait à Rennes _____, le _____
 Le missionné (1) _____ L'ordonnateur _____

(1) Le missionné certifie l'exactitude des déclarations ci-dessus et s'engage à ne solliciter le remboursement de ces frais auprès d'aucun autre organisme

(1): En cas d'état de frais relatif à un ordre de mission permanent, joindre un document listant les trajets concernés.

(*) Pour les services financiers qui les utilisent :

N° matricule Sifac: _____

N° déplacement Sifac: _____