|  |  |
| --- | --- |
|

|  |
| --- |
| Remboursement covoiturage |

 |

Envoyer pour le remboursement adresse

Mail : comptabilite@lvhandball.com

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Personne qui demande le remboursement |  | FICHE COMPTABLE N° 2023/24 |
| Nom :  |  Catégorie :  | *Merci de ne pas mettre les frais d’autoroute. Ils ne sont pas remboursés.**Compris dans l’indice de déplacement.**CODE COMPTABLE (CAT)* |
| Prénom :  |   |
| Covoiturage | *Code*  | *CO* | *Général* |
| Joueur 1 :  | Joueur 2 :  | *Code* | *C1* | *Jeune* |
| Joueur 3 :  | Joueur 4 : | *Code* | *C2* | *Sénior* |
| Je demande le remboursement de mes frais engagés pour l’association de la Valette Handball.Je certifie l’exactitude des renseignements. | Rbs + 50 KMS A/R3 véhicules 1 véhicules + un minibus (suivant catégorie) |
| Joindre votre RIB |
| Match/Motif déplacement | Date | Lieux déplacement | *CODE* | KMA/R | Indice | Total en Euros |
|  |  |  |  |  | *0,320* |  |
|  |  |  |  |  | *0,320* |  |
|  |  |  |  |  | *0,320* |  |
|  |  |  |  |  | *0,320* |  |
|  |  |  |  |  | *0,320* |  |
|  |  |  |  | S/TOTAL : Kms |  |
| *Carburant & péage minibus* | *Date* | *Service & lieu* | *CODE* | *Donneur**D’ordre* | *Quantité* | *Total en Euros* |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | S/TOTAL : autres frais |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| A : La Valette du Var Le  |  | Total : |  |
| IBAN : FR \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_BIC \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ |
| Visa trésorier ou présidente : |  |  |  |