MSA POITOU

santé
famille
retraite
services

ASSEMBLEE GENERALE ELECTIVE

Mardi 8 Juillet 2025

au CREPS de Boivre
Lieu-dit « Château de Boivre »
86 580 VOUNEUIL-SOUS-BIARD

DEMANDE DE REMBOURSEMENT DE FRAIS DE DEPLACEMENT

Nom : …… Prénom : ……

Adresse : …….. Code postal : …… Commune : ……

N° d'immatriculation (N° de Sécurité Sociale) :

|__| |__|__| |__|__| |__|__| |__|__|__| |__|__|__| Clé|__|__|

Collège : (Cochez la case) ☐ **1er** ☐ **2ème** ☐ **3ème**

MOYEN DE LOCOMOTION UTILISE (Cochez les cases)

☐ Transport effectué avec un autre délégué ☐ OUI ☐ NON (si non indiquez ci-dessous :)

☐ Voiture particulière :
- Nombre de kilomètres parcourus (Aller-Retour) .....Kms
- Frais de Péages (montant à préciser) .....(Joindre les justificatifs)
- Frais de Parking (montant à préciser) .....(Joindre les justificatifs)

☐ Transport en commun (montant à préciser) .....(Joindre les justificatifs)

REFERENCES POUR LE PAIEMENT

JOINDRE OBLIGATOIREMENT UN RIB

Le soussigné demande le remboursement des frais exposés et certifie ne pas bénéficier d'autres avantages personnels que ceux énumérés ci-dessus.

Le	**CADRE RESERVE A LA CAISSE**
Signature du bénéficiaire	Remboursement à effectuer
……..	……

Pour vous contacter si besoin, merci d'indiquer ci-dessous :
Votre n° de portable : ……..
Votre adresse mail : ……

DOCUMENT A REMETTRE DUMENT COMPLETE LORS DE L'EMARGEMENT OU A EXPEDIER AU PLUS TARD LE 31 JUILLET 2025 PAR VOIE POSTALE OU SUR L'ADRESSE MAIL : secretariat_direction.blf@poitou.msa.fr