V 20260101.01

Formulaire de remboursement des dépenses mensuelles

Nom: | ID. AFPC:
Adresse: | Province: - | Locale:
Ville: | Code Postal:
Adresse électronique:
Mois:
Mois de:

Transport:

**Taxi (pourboire max 20%)		$ -	*Taxi syndiqué*
Kilomètres			
Taux km	-	$ -	
**Stationnement		$ -	
Notes:			
Totale			$ -

Hébergement:

**Hôtels	Dates	# Nuits	Montant
			$ -

Per Diems:

	PROVINCES #	YK #	NWT #	NUNAVUT #		
Petit Déjeuner					$ -	
Déjeuner					$ -	
Dîner					$ -	
Faux frais					$ -	
Totale						$ -

**Autres:	**Descriptions:		
Cellulaire			
Don			
Équipement			
Ameublement			
Honoraires			
Internet			
Divers			
Photocopies			
Frais postaux			
Frais d'adhésion			
Fournitures			
Traduction			
			$ -

Perte de salaire:

	Hres	Taux Horaire	
Taux applicable	0.00	$ -	
Taux minimum	0.00	$ 38.00	*Svp joindre votre liste d'activité.*
Totale			$ -
Impôt sur le revenu demandé//(minimum 25%)	25 %		
		Totale	$ -
		Moins retenues sur salaire	$ -
		Dû au demandeur	$ -
		Moins l'avance	
		Montant net	$ -

Signature de l'employée/Membre

Date

Recommandé par

Approuvé(e) par

À l'usage du bureau seulement

PDS	$ 0.00		**No. de chèque/TFVE**	**Montant**
RPC	$ -	5.95 %		
AE	$ -	1.63 %		
Impôts	$ -	25 %		
	$ -			

Pour amorcer le paiement, des reçus sont requis pour tous les articles, à l'exception des repas.

Soumettre les formulaires de remboursement de dépenses en ligne à:

claims-reclamations@une-sen.org

ou par la poste au: