|  |  |
| --- | --- |
| |  | | --- | | 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/R  3 véhicules  1 véhicules + un minibus (suivant catégorie) | | | | | |
| Joindre votre RIB | | | | | |
| Match/Motif déplacement | | Date | Lieux déplacement | *CODE* | | KM  A/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 : | |  | |  |  |