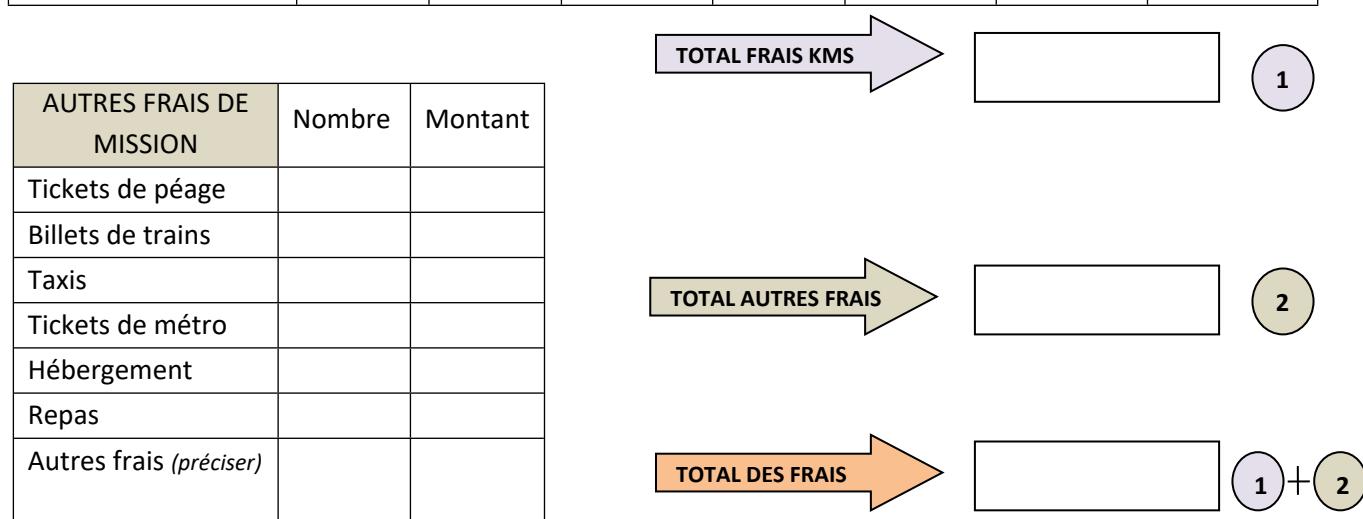


Etat des frais de déplacement

| | | |
|--|-----------------------------------|-------------------|
| CENTRE HOSPITALIER 49400 SAUMUR | Etat frais de déplacements | DRH et DAM |
|--|-----------------------------------|-------------------|

| | | | |
|---|-------------------|---------------|--|
| Nom | | Prénom | |
| Grade - Emploi | | | |
| Adresse (résidence fam ou adm) | Rue | | |
| | CP - Ville | | |

| FRAIS KILOMETRIQUES | Nb de kms A/R | 5 CV et moins | MONTANT | 6 et 7 CV | MONTANT | 8 CV et plus | MONTANT |
|----------------------|---------------|---------------|---------|---------------|---------|---------------|---------|
| Jusqu'à 2000 kms | | 0,32 € | | 0,41 € | | 0,45 € | |
| De 2001 à 10 000 kms | | 0,40 € | | 0,51 € | | 0,55 € | |
| + de 10 000 kms | | 0,23 € | | 0,30 € | | 0,32 € | |



Je soussigné, auteur du présent état, en certifie l'exactitude à tous égards et demande le règlement à mon profit de la somme de

A Saumur, le Signature de l'agent

A Saumur, le
Pour le Directeur et par délégation,