

M

Interne au cabinet du Docteur, praticien agréé maître de stage,

demande le remboursement de mes frais de déplacements dans le cadre des visites effectuées au domicile des patients

du au

Véhicule utilisé (joindre une photocopie de la carte grise)

Marque

Puissance fiscale

Immatriculation

..... kms x 0,..... € = € *

Fait à, le

Signature de l'Interne

* Utiliser le barème fiscal en vigueur