

Hospices civils de Lyon
Direction des Affaires Médicales

Demande de remboursement de FRAIS de TRANSPORT Domicile-Travail

NOM :

PRENOM :

MATRICULE (cf fiche de paie) :

GRADE :

SERVICE :

GROUPEMENT HOSPITALIER :

ADRESSE DU DOMICILE :

TELEPHONE :

ADRESSE MAIL :

Je, soussigné, sollicite la prise en charge du ou des titre(s) d'abonnement suivant(s) :

<input type="checkbox"/> TCL	mensuel	<input type="checkbox"/>	hebdomadaire	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Car	mensuel	<input type="checkbox"/>	hebdomadaire	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Vélo' v	mensuel	<input type="checkbox"/>	hebdomadaire	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> SNCF	mensuel	<input type="checkbox"/>	hebdomadaire	<input type="checkbox"/>

Valeur totale de l'abonnement (sur justificatif)

€

Date de validité de l'abonnement :

du :

au :

Fait à :

le :

Signature

A retourner à la D.A.M. avec les pièces justificatives nominatives.