



FEUILLE DE REMBOURSEMENT DE DEPENSES

Veillez s'il vous plait envoyer cette FEUILLE DE REMBOURSEMENT, accompagnée de vos FEUILLES DE TEMPS chaque dimanche à paie@soinsassistancefab.ca.

SEMAINE 1

Période du _____ au _____

Date et lieu de départ congé :

Date et lieu de retour congé :

Total KM Aller et Retour :

SEMAINE 2

Période du _____ au _____

Date et lieu de départ congé :

Date et lieu de retour congé :

Total KM Aller et Retour :

Signature de l'employé(e)