



Société de Médecine des voyages

Association régie par la Loi de 1901
enregistrée en Préfecture de Paris sous le n° 86-0482
SIRET n°398 943 563 00013 - code APE 741J

www.medecine-voyages.org

Correspondance: SMV - Laboratoire de Parasitologie - CHU 49933 ANGERS Cedex 9

Note de Frais N°

Le demandeur est membre de la SMV

Je soussigné,

Nom

Prénom

Adresse

.....

.....

Membre de la SMV,

demande le remboursement des frais engagés dans le cadre du fonctionnement de la SMV pour :

Présentation en clair du motif

.....

.....

.....

Désignation	montant	date de l'engagement
-------------	---------	----------------------

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Les factures ou ticket de caisse doivent obligatoirement être joint, agraffés, à la présente note de frais

Date et signature