

# SMV



## Société de Médecine des Voyages

C/O Société Francophone de Médecine Tropicale  
et Santé Internationale - BP 50082

75622 Paris cedex 13

09 67 65 17 99

[www.medecine-voyages.fr](http://www.medecine-voyages.fr)

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, agrafés, à  
la présente note de frais.

Date et signature :