

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

Note de frais

Le demandeur est membre de la SMV : OUI / NON

Je soussigné :

Nom :

Prénom :

Adresse :

.....

Je 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 :