

# SMV



## Société de Médecine des Voyages

C/O Confédération des Syndicats Médicaux  
Français (CSMF)  
79 rue de Tocqueville, 75017 Paris

09 67 65 17 99

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