NORMANDIE
ASSOCIATION D'AIDE AUX
INSUFFISANTS RÉNAUX

ASSOCIATION DES INSUFFISANTS RENAUX DE NORMANDIE

NOTE DE FRAIS DU MOIS DE :	

DEPENSES ENGAGEES PAR :

FRAIS DE DEPLACEMENTS				Prix au Km	MONTANT
DATE	OBJET	PARCOURS	Nb Km		

AUTRES FRAIS (FOURNITURES)					
DATE	DETAIL DES FRAIS	HT	TVA	TTC	MONTANT
	Je soussigné, _____ déclare faire don de mes frais de véhicule particulier à la Fnair pour la somme de :				
				TOTAL	

PS: n'oubliez pas de joindre l'ensemble des justificatifs (péage, factures etc...)

NOM :	
DATE :	
SIGNATURE :	

RECU LE :
REMBOURSE LE :
CHEQUE N° :
VISA :