



## FORMULAIRE DE DEMANDE DE REMBOURSEMENT DES FRAIS DE DÉPLACEMENT DANS LE CADRE DU MANDAT DE CONSEILLER COMMUNAUTAIRE

<b>COMMUNE :</b>	
Nom :	Prénom :
Date et lieu de naissance :	
Adresse :	
Code Postal :	Ville :
Téléphone :	
Adresse électronique :	
<b><u>Je souhaite être indemnisé des frais kilométriques :</u></b>	
<input type="checkbox"/> NON	
<input type="checkbox"/> OUI ( <i>joindre la copie de votre carte grise et un RIB</i> )	
↪ <input type="checkbox"/> J'ai pris connaissance de la délibération en vigueur relative au remboursement des frais de déplacements liés à l'exercice du mandat communautaire.	
↪ <input type="checkbox"/> Je m'engage à établir chaque semestre les états de frais auprès des services administratifs de la CCM.	
↪ <input type="checkbox"/> Je m'engage à informer les services administratifs de la CCM de tout changement de véhicule ou de RIB le cas échéant en fournissant les documents afférents.	
Date :	Signature :
<b>DOCUMENT À REMETTRE AU SECRETARIAT DE DIRECTION</b>	