**DEMANDE de REMBOURSEMENT en ESPECES**

**de MENUES DEPENSES**

(Montant inférieur à 30 €)

|  |  |
| --- | --- |
| **NOM – Prénom du demandeur**  |  |
| **Ligne budgétaire : code SCR 2020**  |  |
| **Code analytique ou N° d’opération (pour les contrats de recherche)** |  |
| **Nom fournisseur / prestataire** |  |
| **Libellé de la dépense** |  |
| **Date d’achat** |  |
| **Justificatif d’achat (ticket de caisse, facture)** |  |
| **Aval du responsable de la ligne budgétaire**NOM : ……………………………………………………… | Signature : |
| **TOTAL TTC** |  |

Remboursement effectué par Anne HALLOPPÉ le  …. /…… /2020

Le demandeur atteste avoir reçu la somme de .............. € En remboursement de la dépense avancée pour le compte de : ………………………………………………………..

Signature :