

REMBOURSEMENT DES FRAIS DES CONSEILLERS POUR PALIER A L'ÉLOIGNEMENT

DATE DU DÉPLACEMENT : _____

IMPORTANT : Remplir ce formulaire seulement si le déplacement est supérieur à 100 km

DISPENSATEUR

Nom du dispensateur : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____

Courriel : _____

Nom du ou des conseiller(s) et conseillère(s) :

1. _____

2. _____

FRAIS POUR PALIER À L'ÉLOIGNEMENT

Nom (s) des clients :

Producteur # 1 : _____ No. Contrat de service : _____

Producteur # 2 : _____ No. Contrat de service : _____

Producteur # 3 : _____ No. Contrat de service : _____

Distance entre le dispensateur et le producteur # 1	= _____ km – 100 km = _____
Temps de déplacement: _____ - 1 h = _____	
Distance du producteur # 1 au producteur # 2 (ou dispensateur)	= _____ km – 100 km = _____
Temps de déplacement: _____ - 1 h = _____	
Distance du producteur # 2 au producteur # 3 (ou dispensateur)	= _____ km – 100 km = _____
Temps de déplacement: _____ - 1 h = _____	
Distance du producteur # 3 au dispensateur	= _____ km – 100 km = _____
Temps de déplacement: _____ - 1 h = _____	

Kilométrage : _____ km à .43¢* /km = _____ \$

Temps : _____ hrs à 30\$/heure = _____ \$

Montant additionnel alloué (repos et hébergement) = _____ \$

Total de l'aide financière** : _____ \$

SIGNATURE

Conseiller (ère)

Date

Nous rembourserons les frais suivants (selon les perdiems suivants) :

- Déplacement : .43¢ /km *
- Hébergement : Sur notre territoire 95 \$
- Repas : 10.40 \$ déjeuner, 14.30 \$ dîner et 21.55 \$ souper
- Temps de déplacement : 30\$/heure

IMPORTANT :

- *Pour fin de paiement, une copie de ce formulaire est exigée. De plus, pour les frais d'hébergement et de repas une copie des factures doit également être transmise au Réseau.*
- *Ce formulaire doit être transmis au Réseau au plus tard 60 jours suivant le déplacement. Aucune demande de remboursement ne sera admissible par la suite.*
- *Pour plus d'information, vous référer à la politique détaillée incluse dans le Guide de l'offre de services 2011-2012.*

* Ce taux est susceptible d'être modifié sans préavis

** L'aide financière sera versée sous réserve de l'approbation du coordonnateur du Réseau Agriconseils.

Réservé à l'administration

Approuvé par : _____ Date : _____ # facture : _____ # chèque : _____