OFFICE DE LA NAISSANCE ET DE L'ENFANCE

FORMULAIRE DE DÉFRAIEMENT POUR LES VOLONTAIRES

Nom et matricule de la consultation

Nom de la consultation périodique : .....

N° de matricule de la consultation périodique ou mobile : .....

Information à propos de la ou du volontaire

NOM et Prénom : .....

Adresse : .....

Email : .....

Compte IBAN pour le remboursement : BE ☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐

Remboursements de frais de déplacement demandés

La soussignée ou le soussigné déclare que les sommes reprises ci-dessous lui sont dues par l'ONE pour la structure :

Transport*	Distance	Taux	Motif du déplacement	Date	Montant
	… km	0,… €		../../….	..,.. €
	… km	0,… €		../../….	..,.. €
	… km	0,… €		../../….	..,.. €
	… km	0,… €		../../….	..,.. €
	… km	0,… €		../../….	..,.. €
	… km	0,… €		../../….	..,.. €
	… km	0,… €		../../….	..,.. €
	… km	0,… €		../../….	..,.. €
				TOTAL	..,.. €

*Transport : Voiture, vélo ou transports en commun. Pour les transports en commun, le **ticket doit obligatoirement** être joint à votre formulaire.

Certifié sincère et complet

Le …/…/…

(Signature de la personne volontaire)

ONE.be

Formulaire à renvoyer à factures@one.be ou via courrier à :
ONE Chaussée de Charleroi 95 - 1060 Bruxelles