

Programme d'aide à la formation continue

Demande de remboursement des dépenses

Veillez consulter les lignes directrices du Programme d'aide à la formation continue pour plus d'information.

Nom : _____
Titre : _____
Adresse de domicile : _____

Tél. (spécifiez) : _____
Courriel : _____
Employeur : _____

Nom du cours : _____
Date ou dates et lieu : _____

Frais d'inscription _____ \$
Kilométrage : _____ kilomètres à 0,25 \$ par kilomètre (coût de l'essence non remboursé) _____ \$
Tarifs d'avion, de train ou autre _____ \$
Si « autre », veuillez spécifier : _____

Hébergement _____ \$
(Les appels téléphoniques, la location de films ou tout autre service reçu lors du séjour à l'hôtel ne sont pas remboursés.)

Total des dépenses _____ \$
Total demandé (jusqu'à un maximum de 1000 \$) _____ \$

Signature _____ Date de la demande _____

Espace réservé pour usage interne

Timbre du fournisseur

Prix approuvés _____
Délai respecté _____
Paiement approuvé _____
N° du fournisseur _____
N° du bordereau _____
Facturer au N° _____
Facturer au N° _____

Rapport demandé? Oui Non

Dans le cadre de notre mandat qui consiste à veiller au mieux-être des Canadiens amputés, nous pourrions demander aux participants un rapport nous faisant part de leur expertise et des connaissances acquises lors de la conférence ou du cours. Ceci contribuera à affermir la position de l'Association des Amputés de guerre en tant que centre d'excellence dans le domaine de l'amputation et des soins prothétiques.

Statut

Approuvé
 Non approuvé

Signature de la personne autorisant les dépenses _____

Les renseignements recueillis pourraient être traités par un fournisseur de services tiers.
Veillez envoyer tous les documents aux Amputés de guerre.