



CANADIAN CHIROPRACTIC EXAMINING BOARD
CONSEIL CANADIEN DES EXAMENS CHIROPRACTIQUES
 Centre 70 ~ Suite 705, 7015 Macleod Trail SW
 Calgary, AB T2H 2K6
 403-230-5997 volunteers@cceb.ca

FORMULAIRE DE REMBOURSEMENT

Nom _____

Adresse _____

Rue

Ville

Prov

Code postal

Évènement _____

Chaque formulaire de remboursement doit être accompagné par des reçus détaillés et ce dans un délai de 60 jours après l'évènement. DES AUTRES FORMES DE PREUVE NE SERONT PAS ACCEPTÉES ET DANS CE CAS LE DEMANDE DE REMBOURSEMENT SERA REFUSÉE.

Veillez soigneusement écrire votre nom de même que votre adresse afin d'assurer que votre chèque arrive à l'adresse indiquée.

Date	Voyage			Repas Petit-déj. 15 \$ Déjeuner 20 \$ Dîner 30 \$	Hôtel	Divers	Explication
	N° de km	Remb. total de km (0.68 \$ par km)	Taxi, Parking				
Sous-totaux						TOTAL	

NOUS N'ÉMETTONS PLUS DE CHÈQUES. LE REMBOURSEMENT DE VOS DÉPENSES SERA FAIT PAR VIREMENT AUTOMATIQUE.

SVP N'ENVOYEZ PAS VOTRE FORMULAIRE DE DÉPENSES PAR LA POSTE OU PAR FAX. PRIÈRE DE TOUT SCANNER ET ENVOYER UN EMAIL À VOLUNTEERS@CCEB.CA. VOUS POUVEZ ÉGALEMENT PRENDRE DES PHOTOS ET LES ENVOYER À VOLUNTEERS@CCEB.CA.

LE REMBOURSEMENT DE VOS DÉPENSES SERA FAIT PAR VIREMENT AUTOMATIQUE. VOUS DEVEZ JOINDRE SOIT UN CHÈQUE ANNULÉ SOIT UN FORMULAIRE DE DÉPÔT DIRECT À VOTRE DEMANDE DE REMBOURSEMENT.

NOUS VOUS REMBOURSERONS DANS LES 60 JOURS SUIVANT LA DATE DE RÉCEPTION DE VOTRE FORMULAIRE DE DÉPENSES ET LES REÇUS JUSTIFICATIFS. MERCI.

. J'atteste que l'information susmentionnée constitue un bon et loyal inventaire des dépenses que j'ai faites pour le compte du CCEB dans la réalisation des tâches qui m'ont été confiées.

Signature _____ Date _____

Approuvé

Remarques