



Canadian Society of Gastroenterology Nurses & Associates

Société canadienne des infirmières et infirmiers en gastroentérologie et travailleurs associés

Formulaire de dépenses

Description	Montant	TPS	Total	Détails des dépenses
-------------	---------	-----	-------	----------------------

Nom : _____

Adresse : _____

Période :

Transport Avion

Taxi

Kilométrage

Stationnement

Communication

Téléphone

Affranchissement

Impression

Messagerie

Photo/film

Hébergement

Hôtel

Repas

Enregistrement professionnel

Frais exigibles

Cadeaux divers

Équipement

Autre

Total

Total des dépenses : (veuillez présenter les reçus originaux) \$

À l'usage du bureau seulement

Chèque # _____ Date: _____ Compte: Opérationnel / Éducatif

Approuvé _____ (encerclez s'il vous plait)