

FICHE 13 – ORDRE DE MISSION AVEC OU SANS FRAIS

ORDRE DE MISSION

Indemnités de déplacement & Frais de transport

France*

Etranger*

Pays zone euro*

* rayer les mentions inutiles

Le Directeur commanditaire : donne mission à :		Date : XX/XX/20XX						
Né(e) le :	Fonction :							
Identifiant APH: xxxxxxx	Grade :							
	Catégorie :							
	Situation administrative :							
Lieu d'affectation :								
Adresse personnelle :		Portable : XX.XX.XX.XX.XX	Email: @					
Gestionnaire du dossier : (logistique)		MAIL : @						
		TEL :						
		FAX :						
Nature du déplacement :	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>mission*</td> <td>congrès*</td> <td>stage*</td> <td>formation*</td> <td>autre*</td> </tr> </table>			mission*	congrès*	stage*	formation*	autre*
mission*	congrès*	stage*	formation*	autre*				
* rayer les mentions inutiles								
Objet du déplacement :								

Destination (1) : Ville (+ Pays)			DEPLACEMENT						
* rayer les mentions inutiles									
Moyen Transport :	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>avion*</td> <td>train*</td> <td>voiture*</td> </tr> </table>			avion*	train*	voiture*	Location voiture :	OUI / NON	Dates du au
avion*	train*	voiture*							
Carte compagnie (réduction) n° :				Réservation hôtel :	OUI / NON				
Date de validité : xx/xx/20xx				Nom de l'hôtel :	du au				
CLASSE ECO / BUSINESS*									
Date de départ (1) :	xx/xx/20xx	à 00h00	lieu départ						
Date d'arrivée (1) :	xx/xx/20xx	à 00h00	lieu arrivée						
Adresse :									
Date de départ (2) :	xx/xx/20xx	à 00h00	lieu départ						
Date d'arrivée (2) :	xx/xx/20xx	à 00h00	lieu arrivée						
Itinéraire (1+2) :									

<u>Imputation budgétaire</u>		INDEMNITES PREVISIONNELLES	
Code section-Etablissement :	Durée total du déplacement :		
Pôle :	Nombre de repas :		
Code UG :	Nombre de nuitées :		
N° de compte transport :	Montant du taux journalier :		
N° de compte indemnités :	Déduction :		
	Frais supplémentaires :		
	Montant total : (avec détail calcul)		
Demande paiement Perdiem sur salaire : €		
Pris en charge par : N° de marché-convention-opération :	Budget XXXX		

Date, nom, cachet et signature de l'Agent:

AUTORISATIONS

Avis, nom, cachet et signature du chef de service dont relève l'agent :

Par délégation du directeur général de l'AP-HP :

Date, nom, cachet et signature

Cachet de la Régie de l'établissement ou de la Trésorerie générale

Date, nom, cachet et signature/

N° d'enregistrement cabinet DG :

(1) En cas de déplacement dans plusieurs communes ou dans plusieurs pays, il convient d'indiquer les dates et heures d'arrivée et de départ du train ou de l'avion pour chaque lieu de destination.
(2) Ville de départ - de destination - de retour

En cas de sinistre, prévenir ou faire prévenir la Compagnie d'Assurance AIG : Tél : 33 (0) 1 49 02 46 70
Veuillez préciser le n° de contrat : 4 900 272
En cas de souci avec le vol ou l'hôtel: notre agence de voyage est GLOBEO TRAVEL TEL : 01 76 49 43 81 de 8h30 à 18h30
Hors heures ouvrables les joindre au + 33 1 53 46 19 63 avec références figurant sur votre billet électronique ou voucher hôtel