

Ordre de mission ponctuel

Je soussigné, Monsieur Bruno DONIUS, Directeur du Centre Hospitalier des Hôpitaux Publics de l'Artois, donne mission à :

Matricule :	Adresse mail professionnelle (ou personnelle) :
Nom et Prénom :	
Métier et service d'affectation :	
Etablissement qui établit le bulletin de paie :	
Lieu de travail principal (résidence administrative) :	
Lieu résidence familiale :	

De se rendre à :	
Le(s) :	
Adresse :	
Code postal et ville :	
Heure de départ prévu à :	Heure de retour prévu à :

Motif du déplacement :

Pour des facilités de transports, l'intéressé(e) utilisera comme moyen de locomotion :

Moyen de transport utilisé*	
Voiture personnelle ⁽¹⁾	
Voiture de l'établissement	
Train / Bus / Métro ⁽²⁾	

* Cochez les cases correspondantes par un X

(1) Les frais de déplacements seront remboursés au propriétaire du véhicule sur la base du tarif kilométrique réglementaire en vigueur à la date du déplacement.

(2) Les frais de déplacements seront remboursés, sur présentation des titres de transport.

Frais annexes ⁽³⁾ au cours du déplacement de l'intéressé(e) :

	Repas	Nuitée(s)	Péage	Stationnement(s)	Tickets train / bus / e Métro
Nombre					
Montant					

(3) Les frais de repas et, le cas échéant, de séjour seront remboursés sur la base du tarif en vigueur à la date de la mission et sur justificatifs pour l'ensemble des frais annexes indiqués.

Date :
Signature de l'intéressé(e) :

Date :
Nom & Signature du responsable hiérarchique :