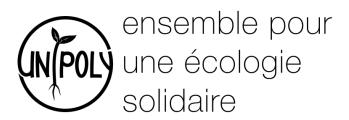
## Demande de Remboursement

Prénom NOM :	
NPA, Localité * :	
INPA, LOCAITE .	
IBAN *:	
Date de la demand	de:
Pôle d'activité :	
Motif :	
Montant(CHF):	
Signature:	arang

\*Si ce n'est pas votre première demande, ces champs ne sont pas obligatoires<3



## MIGROS

Société Coopérative Migros Vaud M EPFL Tel. 058 573 37 20

Désignation article	Quant.	Prix	Rabais	Total	*
Handy 750ml	2	1.80		3.60	

## Total CHF

Mastercard Total en EUR 3.60

3.60

Débit

Mastercard Debit Contactless
XXXXXXXXXXXXXXXX

14.05.2025

16:42

#31419344\*01331585/2QR99G/0000

0000002#

Total-EFT CHF:

3.60

# Numéro TVA

Gr 2 TVA% 8.10 % CHE-105.896.913 TVA

Total 3.60 TVA 0 27

Merci de votre confiance



010100639102511405250471000000360

Filiale Utilis. Emp Tick. Date Heure