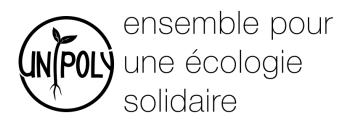
Demande de Remboursement

Prénom NOM :			
NPA, Localité * :			
IBAN * :			
Date de la demande :			
Pôle d'activité :			
Motif :			
AA a ra t a ra t (CL IF) .			
Montant(CHF):			
Signature: Tanguy Mar	bot		

*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

The same of the sa	. 030 31	0 01 20			
her snation article	Quant.	Prix	Rabais	Total	#
Bud huile oliv.vierge	1	0.60 7.95 2.00 3.65 4.50 1.10 3.20		0.60 7.95 2.00 7.30 4.50 2.20 3.20	1 1 1 1 1 1 1
ates perla	1	3.30		3.30	1

Fotal CHF

Mastercard Total en EUR 31.05

31.05 34.50

Débit

Masterward Debit Contactless

XXXXXXXXXXXXXXX307

13.10.2025

17:09

#31420093*00932529/XSA2H9/0000

0000002#

Total-EFT CHF:

31.05

Numéro TVA

TVA% 2.60 %

CHE-105.896.913 TVA

Total TVA

31.05 0.79

Merci de votre confiance



010100020102561210250449000002105