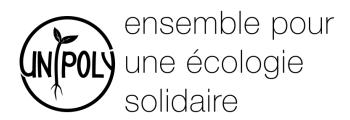
Demande de Remboursement

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

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





Société Coopérative Migros Vaud M Chavannes Tel. 058 573 69 80

Désignation article Quant.	Prix Rab	3.30
drink amande	3.30 2.50	2.50
MClass FT sucre canne 1 Sanissa margarine 1	2.40	2.10 1 8.70 1
IPS Farine blanc Dés de chocolat	2.90	
DES DE CHOCKE		24 44

Total CHF

Mastercard Total en EUR

Débit Mastercard Contactless XXXXXXXXXXXXXXA653 15:33 14.03.2025

#31405731*01283599/019636/0000 0000002#

Total-EFT CHF:

21.40

# Numéro TVA		CHE-105.896.913 TVA		
Gr	FAUT		Total	TVA
1	2.60	8	21.40	0.54

Merci de votre confiance

