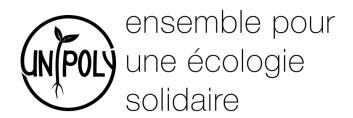
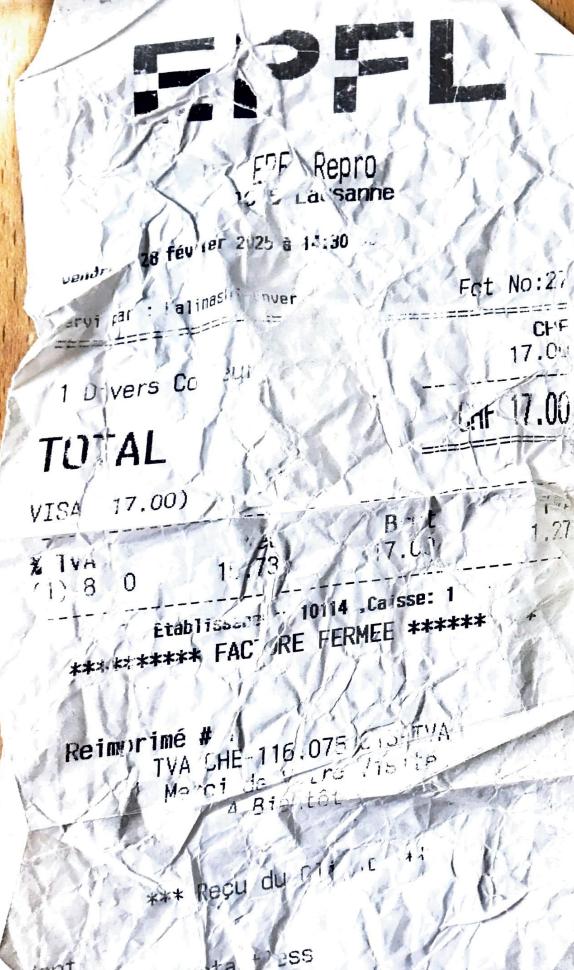
## Demande de Remboursement

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

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





ent whit cyta tress