



Jetons de présence ASD

Nom, prénom _____

Adresse _____

Lieu/date _____

compte bancaire nom, CP/localité de la banque _____
numéro de compte _____
numéro de clearing _____

Compte de chèque postal _____
numéro de clearing _____

Indemnité journalière

<input type="checkbox"/> ½ jour (CHF 150)	<input type="checkbox"/> ½ jour (CHF 300)
<input type="checkbox"/> 1 jour (CHF 250) (Cpte n° 5620 – hors TVA)	<input type="checkbox"/> 1 jour (CHF 500)

Frais de déplacement

<input type="checkbox"/> CFF (1ère classe, ½ taxe)	CHF _____
<input type="checkbox"/> voiture (_____ km à CHF 0.60) (Cpte n° 5830)	CHF _____

Frais extraordinaire _____

_____ CHF _____

Total CHF _____

Je renonce à mes frais (veuillez cocher si c'est le cas)

Date _____ signature _____

Retour à: j.anderhub@drogistenverband.ch ou ASD, Rue Thomas-Wyttenbach 2, 2502 Biel/Bienne