

Coordonnées du bénéficiaire :

Nom	_____	Nom de la banque :	_____
Prénom :	_____	Localité de la banque :	_____
Adresse :	_____	N° de compte :	_____
NPA/Localité :	_____	IBAN (<i>obligatoire</i>) :	_____
Pays :	_____	N° de CCP :	_____

Informations importantes : Ce formulaire est à utiliser uniquement pour les remboursements de frais de repas déjà réglés par le bénéficiaire (joindre justificatif de caisse détaillé).

Si la prestation doit être payée sur facture, cette dernière doit parvenir séparément au Bureau de la comptabilité des fonds de tiers avec le timbre comptable dûment rempli et signé ainsi que l'identité des participants selon listing à télécharger sur le lien suivant : [Listing participants](#)

Détail de la demande de remboursement

Motif du repas professionnel :

Nbre	Nom, prénom des participants	Interne Unine	Externe Unine	Nom de l'institution externe représentée <i>(champ obligatoire, si externe)</i>
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

TOTAL A PAYER

(A remplir par le BFT) _____

IMPORTANT :

Formulaire à retourner au "Bureau de la comptabilité des fonds de tiers" dûment signé par le responsable du projet, accompagné de tous **les justificatifs originaux** permettant la validation du paiement

Lieu et date :

MONTANT CHF	NATURE COMPTABLE
DEVISE MONNAIE ÉTRANGÈRE	MONTANT MONNAIE ÉTRANGÈRE
N° OTP FDT	
DESIGN. OTP FDT	
VISA FDT	VISA RESPONSABLE
unine Université de Neuchâtel	DATE RECEPTION

LISTE DES PARTICIPANTS

Nbre	Nom, prénom des participants	Interne Unine	Externe Unine	Nom de l'institution externe représentée <i>(champ obligatoire, si externe)</i>
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				
31				
32				
33				
34				
35				
36				
37				
38				
39				
40				
41				
42				
43				
44				
45				
46				
47				
48				
49				
50				