**Veuillez rembourser les dépenses professionnelles suivantes :**

***A. A rembourser à (coordonnées du bénéficiaire et de l’institut bancaire) :***

|  |  |
| --- | --- |
| ***Bénéficiaire*** | ***Coordonnées bancaires*** |
| M. / Mme : |   | Institut bancaire : |   |
| Prénom + Nom : |   | Localité / Pays : |   |
| Rue + No : |   | IBAN : |   |
| NPA + Localité : |   | Compte : |   |
|  |  | Clearing/BIC : |   |
|  |  | Swift : |   |

***B. Motif des dépenses (description) :***

Motif :

Du : Au :

***C. Récapitulatif des dépenses :***

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Date*** | ***No*** | ***Catégorie*** | ***Qté*** | ***En devise*** | ***Cours*** | ***CHF*** |
|  | 1 |  |  |  |  |  |  |
|  | 2 |  |  |  |  |  |  |
|  | 3 |  |  |  |  |  |  |
|  | 4 |  |  |  |  |  |  |
|  | 5 |  |  |  |  |  |  |
| ***Sous-total*** |  |  |  |  |  |
| ***Solde à rembourser*** |  |  |  |  |  |

***D. Imputation(s) comptable(s) :***

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***No*** | ***Fonds*** | ***Centre financier*** | ***Ordre*** | ***Compte*** | ***Montant CHF*** | ***Signature(s) responsable(s) fonds / centre(s) financier(s)*** |
| 1 | 26000001 |  |  |  |  |  |

***E. Signatures :***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Date*** | ***Bénéficiaire*** | ***VISA du Graduate Campus*** |
|  |  |  |

***=> Par leurs signatures, le bénéficiaire et le Graduate Campus attestent :***

- que la présente demande de remboursement correspond à des frais supportés par le bénéficiaire dans le cadre de son activité professionnelle ;

- que ces frais n’ont pas fait et ne feront pas l’objet d’un remboursement de la part d’un tiers (sauf en cas de remboursement en faveur de l’UNIL et enregistré dans la comptabilité de l’UNIL) ;

- que ces frais et leur calcul respectent strictement les Directives émises en la matière par la Direction de l’UNIL.

*NB :* Le(s) responsable(s) du fonds / centre financier doivent signer sous la rubrique « D. Imputation(s) comptable(s) ».