

<input type="checkbox"/> DEMANDE D'ORDRE DE MISSION ¹
Ou
<input type="checkbox"/> DEMANDE D'AUTORISATION DE DEPLACEMENT (Colloque) ¹
Ou
<input type="checkbox"/> MISSION SANS FRAIS POUR L'INSERM ¹

Modalités : Voyage + Hébergement¹ ou Voyage seul¹ ou Hébergement seul¹

NOM : Prénom :

Grade / Fonction : Employeur :

La couverture des accidents de service pouvant survenir à l'occasion de la mission ne s'applique qu'aux agents rémunérés par l'Inserm

Adresse personnelle (résidence familiale) :

Adresse professionnelle (résidence administrative) :

Lieu de mission Pays :	Ville(s) :
Motif du déplacement (obligatoire) :	
Date de début de la mission :	Date de fin de la mission :
Date et heure de départ :	Date et heure de retour :
Lieu de départ : Résidence familiale / Résidence Administrative ¹	Lieu de retour : Résidence familiale / Résidence Administrative ¹

Hébergement (déplacement en France) : Oui / Non ¹	Si oui N° de dossier GOELETT :
<input type="checkbox"/> Impossibilité recours au marché (à justifier) :	

Transport Oui / Non ¹	Si oui N° de dossier GOELETT :
<input type="checkbox"/> Impossibilité recours au marché (à justifier) :	
<input type="checkbox"/> Train : Première Classe / Deuxième Classe ¹	<input type="checkbox"/> Avion : Classe Economique / Classe Supérieure ¹

Frais prévisionnels	<input type="checkbox"/> Taxi	<input type="checkbox"/> Transport en commun
<input type="checkbox"/> Véhicule de location	<input type="checkbox"/> Véhicule de service	<input type="checkbox"/> Parking / Stationnement
<input type="checkbox"/> Véhicule personnel / Véhicule d'un tiers ¹	Puissance fiscale :	
Nécessité de service / Convenances personnelles ¹	Nom du conducteur :	
Immatriculation :	Nom(s) du(des) passager(s) :	
Nom du propriétaire :	Nom(s) du(des) passager(s) :	

Participation à un colloque (joindre le bulletin d'inscription)	N° du Bon de Commande :	<input type="checkbox"/> Invité
<input type="checkbox"/> Frais inclus dans l'inscription	Inscription : €	Hébergement : €
<input type="checkbox"/> Frais à rembourser	Repas : €	Transport : €
Montant total des frais de participation pris en charge : €		
Frais de participation à rembourser à l'intéressé / Frais payés par un autre organisme / Sans frais de participation ¹		
Montant d'indemnisation limité à : €		

Imputation budgétaire de la dépense	Code Unité / Laboratoire :	Structure Bénéficiaire :
Sous-Structure Bénéficiaire :	N° Projet :	N° Allocation :

Demande d'avance (déplacement à l'Etranger ou à l'Outre-Mer) : Oui / Non ¹
Facture d'hébergement fournie à l'issue de la mission : Oui / Non ¹

Je certifie à tous égards l'exactitude de l'ensemble des renseignements indiqués ci-dessus

J'approuve les conditions de déroulement de la mission.

Fait à, le
Signature du missionnaire

Fait à, le
Signature du responsable de la structure

¹ Rayer les mentions inutiles